SOCIÉTÉ

DE

KINÉSITHÉRAPIE

Comptes rendus des séances de l'année 1900

1RE ANNÉE

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

Dr MESNARD (René), Secrétaire général

Dr MARCHAIS, Secrétaire des séances

CLERMONT (OISE)

IMPRIMERIE DAIX FRÈRES

3, PLACE SAINT-ANDRÉ, 3

1901

COMPOSITION DE LA SOCIÉTÉ DE KINÉSITHÉRAPIE

(AU 31 DÉCEMBRE 1900)

Président d'honneur.. M. le professeur MAREY, C. ✻, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine.

BUREAU POUR L'ANNÉE 1900

Président............ M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, O. ✻, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de Médecine, 3, avenue Montaigne.

Vice-Président........ M. FERNAND LAGRANGE, 29, quai Saint-Michel.

Trésorier............ M. STAPFER, 14, rue Marignan.

Secrétaire général.... M. MESNARD (René), 54, rue La Bruyère.

Secrétaire des séances. M. MARCHAIS, 10, rue La Bruyère.

MEMBRES TITULAIRES

MM. G. BERNE, 161, boulevard Haussmann.
G. BLOCH, 20, rue de Tournon.
BRALANT, 30, rue du Bac.
CAUTRU, 6, rue Mogador prolongée.
DAGRON, 6, square de l'Opéra.
FOURRIÈRE, 11, square de Messine.
FRETIN, 12, rue Cambon.
GAUTIEZ, 182, faubourg Saint-Honoré.
GEOFFROY SAINT-HILAIRE, 9, rue de Monceau.
SAISSET, 84, avenue de Wagram.
VERDIER, 1, rue Nouvelle.
CH. VUILLEMIN, ✻, méd. major de 1re cl., hôpital militaire Saint-Martin.
Mme SOSNOWSKA, 13, rue Clément-Marot.

CORRESPONDANTS NATIONAUX

MM. Mencière, 72, rue Libergier, à Reims.
Platon, 52, rue Thiers, à Marseille.
Saquet, 25, rue Poissonnière, à Nantes.

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM. Bourcart, à Genève.
Colombo, à Rome.
Porro, à Monte-Carlo.

DÉMISSION

M. Juventin, à Nice.

SOCIÉTÉ DE KINÉSITHÉRAPIE

Séance du 26 janvier 1900.

Présidence de M. J. Lucas-Championnière

—

M. Lucas-Championnière remercie les membres de la Société de l'honneur qu'ils lui ont fait en le choisissant comme président ; il est très sensible à cette marque de sympathie. Il est très heureux qu'il se soit fondé une Société de Kinésithérapie, car pendant trop longtemps le mouvement a été proscrit par la médecine régulière et n'a été mis en œuvre que par des irréguliers. Cela n'est plus.

Depuis longtemps, considérant l'immobilisation dans beaucoup de cas comme antiphysiologique, M. Lucas-Championnière s'est fait le défenseur de la mobilisation. Aussi est-il très satisfait de présider une société où l'on étudiera d'une façon vraiment scientifique les indications et les résultats de la gymnastique et du massage.

(Cette allocution est accueillie par les applaudissements unanimes de l'assemblée.)

Le Secrétaire-général donne lecture de la correspondance manuscrite qui comprend :

1° Deux lettres de M. le professeur Marey, l'une pour remercier les membres de la Société de Kinésithérapie de l'avoir choisi comme président d'honneur ; l'autre pour s'excuser de ne pouvoir assister à la séance.

2° Des lettres de candidature de :

MM. R. Bouteron [40, rue Godot de Mauroy, Paris], au titre de membre titulaire ; présenté par MM. Lagrange et Mesnard. (Rapporteur moral : M. Geoffroy-Saint-Hilaire ; rapporteur scientifique : M. Bralant.)

Platon [de Marseille], au titre de membre correspondant national, présenté par MM. Stapfer et Mesnard. (Rapp. moral : M. Mesnard ; rapporteur scientifique : M. Saisset.)

Saquet [de Nantes], au titre de membre correspondant national, présenté par MM. Lagrange et Stapfer. (Rapp. moral : M. Cautru ; rapp. scientifique : M. Bloch.)

A. Verdier [1, rue Nouvelle, Paris], au titre de membre titulaire, présenté par MM. Lagrange et Cautru. (Rapp. moral et scientifique : M. Cautru.)

COMMUNICATIONS

Traitement d'une variété fréquente d'avortements, au moyen de la gymnastique et du massage

Par le Dr STAPFER.

Tout hérissé et rébarbatif que soit à première vue le mot Kinésithérapie, pour me servir des termes de notre très honoré président, ce mot exprime, comme il le disait excellemment, une véritable révolution dans la science, le *mouvement*, un mouvement modéré, graduel, scientifique, *substitué à l'immobilisation*. Je l'ai forgé jadis avec l'aide de M. Perrot, Directeur de l'école normale; puis je l'ai redécouvert.... dans le Dictionnaire de Littré et mes illusions paternelles se sont écroulées. C'est Georgii, un Suédois, qui a imaginé ce terme. Il synthétise avec perfection la science dont notre Société entreprend la propagation en France.

J'apporte aujourd'hui une curieuse démonstration du bien fondé de cette révolution qui substitue le mouvement à l'immobilisation en vous proposant de traiter, comme je le fais avec succès, les menaces d'avortement par congestion, à l'aide de la gymnastique et du massage. J'ai déjà fait quelques communications de même ordre à la Société obstétricale de France ; mais les accoucheurs, même partisans de la méthode en gynécologie, sont plus durs d'oreille quand il s'agit d'obstétrique. Ma dernière communication seule a eu un écho. Le Dr Féré, de Pau, qui avait mis à l'essai la méthode kinésique, m'a apporté l'appui d'observations intéressantes.

Cette dureté d'oreille de très bons médecins et excellents collègues, qui savent mieux que personne à quel degré l'immobilisation absolue d'une femme enceinte est débilitante et énervante, s'explique par le préjugé. Pour ce qui est de la *gymnastique hémostatique*, on n'y CROIT PAS. C'est le terme consacré, comme s'il s'agissait d'un article de foi, et non d'un fait matériel dont l'expérimentation seule est juge. Quant au massage, on se figure que masser un ventre c'est le pétrir, notion erronée d'où l'on conclut avec raison que le massage expose à l'avortement au lieu de le prévenir.

Les menaces d'avortement par congestion se révèlent dans les trois premiers mois par les signes suivants : hémorrhagies chroniques d'ordinaire intermittentes, quelquefois continues, variables en quantité et en qualité.

Outre les hémorrhagies, ou en dehors d'elles, on constate dans les cas de congestion : la pesanteur signe très important, avec ou sans abaissement de l'utérus ; l'augmentation de volume de l'utérus, souvent plus gros que ne le comporte l'âge de la grossesse, augmentation intermittente coïncidant avec les époques moliminaires ; quelquefois la déviation de l'organe gestateur ; dans un grand nombre de cas, l'immobilisation utérine avec infiltration ou œdème de ses parois, de ses ligaments, et des tissus conjonctifs ambiants. C'est, pour le dire en passant, au traitement kinésique que je dois la connaissance de ces derniers signes. La pratique de la kinésithérapie développe le sens du toucher et l'affine.

Contre les phénomènes congestifs j'emploie d'abord, outre l'indispensable séparation conjugale, la gymnastique seule ; puis, si elle échoue ou si elle est insuffisante, je lui associe le massage.

La gymnastique suffit dans nombre de cas où l'hémorrhagie domine la scène. Elle doit être employée chaque jour, une ou deux fois par jour. Peu de mouvements chaque fois. C'est par la qualité et non par la quantité qu'ils prévalent.

Le principal de ces mouvements — car il en est de diverses sortes — consiste dans l'action combinée des muscles pelvi-trochantériens et des masses dorsales. C'est un mouvement de résistance. La femme soulève le siège en s'arc-boutant sur la nuque et les talons, attitude dont tout accoucheur connaît depuis longtemps l'excellence, puisque le seul effort qu'on permette dans les hémorrhagies de la délivrance est celui que nécessite le glissement d'un bassin sous le siège.

La femme étant ainsi arc-boutée, sans tension de la sangle abdominale, on fait agir les pelvi-trochantériens, c'est-à-dire que la femme, tout en respirant librement, écarte les genoux pendant que le médecin exerce une résistance modérée. Puis le médecin rapproche jusqu'au contact, les genoux de la femme qui résiste.

Tels sont les traits essentiels du principal exercice gymnastique capable d'arrêter ou de modérer les hémorrhagies du petit bassin. C'est Brandt qui a découvert les propriétés hémostatiques de ce mouvement *d'abduction fémorale siège soulevé.*

Il ne faut pas croire que le dit mouvement soit toujours exécuté

avec perfection tant par la malade que par le médecin. C'est affaire d'attention et d'expérience ; mais enfin on concédera que le procédé est simple et à la portée de tout le monde.

Il m'est arrivé d'entendre dire à mes clientes au moment de l'accouchement : nous avons eu une hémorrhagie dans les trois premiers mois de la grossesse ; *nous ne vous avons pas prévenu, nous ne nous sommes pas alitées* ; nous avons exécuté *le mouvement et le sang s'est arrêté*.

La médecine est science contingente ; la Kinésithérapie n'est pas une panacée. La gymnastique, même très correctement exécutée, ne suffit pas dans tous les cas pour arrêter ou modérer les hémorrhagies. De plus, bien que l'abduction fémorale siège soulevé, procure à quelques femmes une sensation de bien-être et de légèreté, la gymnastique seule ne supprime pas d'ordinaire l'abaissement, l'immobilisation du globe utérin, l'infiltration des tissus ambiants, et autres symptômes objectifs ou subjectifs de la congestion pelvienne.

Enfin si la gymnastique diminue les malaises qui accompagnent les déviations parce que ce sont des malaises de congestion, on réussit rarement par une attitude ou des mouvements à remettre l'utérus en place. Or la réduction est souvent utile, quoiqu'il ne faille pas attendre, comme je le dirai, de cette opération même définitive, la cessation de toute menace d'avortement, tant l'état des annexes domine à ce point de vue. J'en donnerai, je le répète, tout à l'heure un exemple.

Donc, lorsque la gymnastique est inefficace ou insuffisante, on doit y joindre le massage.

Le massage est quotidien comme la gymnastique qui lui sert de succédanée. Il dure une, deux ou trois minutes. Il est léger, péri-utérin et se compose de frictions circulaires et de vibrations. Dans les premiers temps la pendule est le seul régulateur, car le doigt qui touche ne perçoit encore aucune modification de tissu. Plus tard le tremblotement gélatineux des organes et leur mobilisation indiquent la fin de la séance. S'il y a une réduction à opérer on attend que cette mobilisation soit parfaite et que la réduction se fasse sans aucun effort. Brandt joignait à ces manœuvres l'élévation de l'utérus, opération qui exige un aide expérimenté et l'assouplissement parfait des tissus. Je ne l'emploie que dans les cas de prolapsus vrai, c'est-à-dire lorsqu'une portion de l'organe gestateur fait issue. Mais quelquefois, quand l'utérus est antéversé, gros, aisément perceptible par le palper, j'exécute seul, sans aide, deux ou trois vibrations avec pression très légère, très

élastique dans le fond du cul-de-sac antérieur, ce qui assouplit l'appareil de suspension.

Si pratique qu'elle soit, cette description succincte de la gymnastique et du massage dans le traitement des menaces d'avortements doit être complétée par une ou deux observations cliniques que j'accompagnerai de courtes remarques.

Je choisis deux faits de ma pratique, non pas les plus simples ; mais, au contraire, deux faits dans lesquels le traitement a été difficile et compliqué. Je choisis même l'un des cas les plus rebelles que j'ai rencontrés. En règle on réussit facilement et dans la pluralité des cas on arrête les hémorrhagies par la gymnastique seule que vous allez voir insuffisante dans l'observation suivante.

En 1898 un de nos confrères me pria d'intervenir auprès de sa femme enceinte de trois mois environ, affaiblie par de continuelles pertes de sang et par une immobilisation tantôt absolue, tantôt relative dont les résultats hémostatiques étaient à peu près nuls. J'enseignai à notre confrère le mouvement d'abduction fémorale, siège soulevé, dont je conseillai l'emploi deux fois par jour. A chaque séance, la malade devait exécuter quatre à six mouvements divisés en séries de deux avec repos d'une minute entre chaque série. J'insiste toujours sur l'impérieuse nécessité d'éviter toute fatigue. Le plus décongestionnant des exercices perd son pouvoir d'hémostase s'il est fatigant. De plus, l'effort doit être absolument local. L'effort général est détestable, puisqu'il entraîne la contraction des muscles abdominaux que les hémorrhagiques doivent tenir aussi lâches, aussi peu tendus que possible.

Quelques jours plus tard notre confrère vint me prévenir de l'insuccès des mouvements. La malade éprouvait, il est vrai, un soulagement momentané après leur exécution. Elle se sentait plus légère ; mais d'hémostase, point.

Je me décidai à faire exécuter moi-même la gymnastique. J'échouai à mon tour, et dis alors à mon confrère de choisir entre le retour au traitement classique de l'immobilisation dont le seul résultat, jusqu'à ce moment, avait été d'affaiblir la malade, et le massage du ventre dont les conséquences pouvaient être les suivantes : 1° relèvement graduel de l'état général par l'excitation de ce que j'ai appelé le réflexe dynamogénique ; 2° action plus efficace de la gymnastique à la suite de ce regain de forces ; 3° dissipation de l'œdème infiltrant les tissus pelviens et mobilisation des organes.

Je ne cachai pas à mon confrère la difficulté du cas et l'incertitude du succès. Il se confia bravement au massage que je pratiquai quotidiennement avec la gymnastique. L'utérus était, *in situ*, plus volumineux que ne le comportait l'âge de la grossesse, immobile, avec des ligaments roides et infiltrés. Cet état persista trois semaines si j'ai bonne mémoire, ainsi que les hémorrhagies avec des améliorations intermittentes de bon augure, et surtout avec une très prompte, très graduelle, très persistante sensation du retour des forces qui avait promptement atténué mes craintes de la première heure et m'encourageait à la persévérance.

Peu à peu le ventre s'assouplit, l'utérus reprit son volume normal, les tissus leur élasticité, le sang s'arrêta. Bref, le succès fut acquis. L'accouchement à terme le couronna, plusieurs mois après cessation du traitement.

J'avais recommandé à notre confrère de confier sa femme au traitement kinésique avant une nouvelle grossesse. J'attribuai en effet à un état congestif habituel de la trompe les accidents survenus. Je mettais cet état au compte de l'arthritisme, car l'infection était en toute garantie hors de cause et je craignais le retour des mêmes accidents lors d'une nouvelle grossesse. Je pense que certaines salpingites hémorrhagiques n'ont pas d'autre étiologie, que les congestions de l'arthritisme, comme je l'ai dit plus haut, et je crois le traitement kinésique capable d'enrayer l'évolution de cette affection.

L'allaitement et une conception trop prompte au gré du mari et au mien, empêchèrent l'exécution de ce projet. Lorsque je revis notre confrère, il m'annonça l'existence de la grossesse et le retour des accidents qui avaient signalé la première. Seulement, instruit par le passé, il me prévint au début même des pertes de sang avant tout affaiblissement de l'état général. Aussi je pris de suite la malade en traitement et je la pris chez moi, ce qui vaut infiniment mieux lorsque cela est possible.

Les accidents se compliquaient cette fois d'une rétrodéviation. Le traitement produisit son effet ordinaire en ce qui concerne la disparition graduelle des malaises abdominaux et des sensations de lassitude et de pesanteur. Comme toutes les femmes enceintes que j'ai soignées, la malade éprouvait un grand bien-être à l'issue de la séance, bien-être qui se prolongeait pendant plusieurs heures. Les hémorrhagies diminuèrent, mais ne s'arrêtèrent que par intermittence. Elles consistaient le plus souvent en mucosités noirâtres. Au moment des

molimen le sang devenait plus rouge et un peu plus abondant. La quantité en fut assez notable à la suite d'un coup que la malade reçut dans le ventre ; mais le traitement ramena très promptement la perte à ses proportions ordinaires.

Je n'avais pas tenté encore, quoique nous fussions à la cinquième ou sixième semaine de traitement, la réduction de l'utérus. Je me demandais si cette réduction amènerait la cessation définitive des pertes. Je ne le croyais pas parce qu'à tort ou à raison je suppose que ces pertes tenaces, surtout les mucosités noirâtres, sont l'indice d'une lésion vasculaire salpingienne d'origine arthritique.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, les événements confirmèrent mes doutes sur le résultat hémostatique de la réduction. Elle fut opérée. Elle fut définitive d'emblée comme il arrive pour les utérus gravides, ainsi que je l'ai démontré ; mais les petites pertes noirâtres intermittentes continuèrent.

A propos de la réduction de l'utérus, j appelle l'attention sur un fait très important à connaître. Cette manœuvre fut pratiquée sans violence par la méthode recto-vagino-abdominale. Je choisis le moment le plus propice, celui où la mobilité de l'utérus est très marquée, ce qui arrive à l'issue du molimen qui précède l'époque menstruelle. La bascule fut complète. Quand la malade sortit de chez moi, le corps utérin était au-dessus du pubis, le col se perdait dans la profondeur sacrée. La malade n'avait aucunement souffert, mais j'avais fait un certain effort pour obtenir l'antéversion physiologique, et malgré les vibrations d'ordinaire si assouplissantes, je ne pus parvenir à rendre à l'appareil ligamentaire subitement roidi l'indispensable élasticité. Il en résulta que, *pour la première fois*, la malade, qui d'ordinaire s'en allait allègre et soulagée, quoique son utérus fût rétrodévié, n'éprouva que du malaise pendant plusieurs heures, quoique l'utérus fût en position physiologique. Cela prouve qu'il ne faut pas attribuer à la déviation même de l'utérus les souffrances qu'on met trop souvent sur le compte des luxations chroniques de ce viscère, mais à l'état des annexes, notamment de l'appareil ligamentaire.

Le lendemain et le surlendemain la séance kinésique eut ses conséquences habituelles. Les ligaments s'assouplirent. Le traitement fut alors suspendu. La grossesse évolue actuellement.

Je ne saurais trop engager mes confrères à pratiquer la gymnastique et le massage dans les menaces d'avortement et je leur recommande d'enseigner d'avance à leurs clientes le mouvement d'abduc-

tion fémorale. Une bonne exécution est indispensable et certaines femmes inattentives ou nerveuss apprennent lentement les exercices.

Discussion

M. Bloch. — A l'appui de ce que vient de dire le Dr Stapfer, je veux citer un fait personnel.

En septembre dernier, je reçus à ma clinique, une jeune femme qui n'avait plus ses règles depuis deux mois.Elle se plaignait surtout de douleurs très vives dans le ventre et de leucorrhée abondante. Rien ne prouvait la grossesse, ni le volume de l'utérus, ni les signes subjectifs, la malade ne ressentant aucun des phénomènes accompagnant ses grossesses précédentes. Je fis du massage léger et de la gymnastique décongestionnante, et au bout de 15 jours la malade se trouvait très bien. En novembre, je revis cette malade qui, depuis 3 jours, perdait du sang en abondance. L'utérus avait le volume d'un utérus gravide au 4e mois environ. Je fis faire de suite de la gymnastique décongestionnante. Dès la 4e séance les hémorrhagies s'étaient arrêtées.

J'ai fait venir cette malade fin décembre. La grossesse est confirmée, les mouvements du fœtus se font sentir. Il n'y a plus d'hémorrhagie.

Je dois ajouter que cette femme avait fait une fausse couche l'année dernière.

M. Lucas-Championnière. — Je m'associe aux conclusions de M. Stapfer. Si les femmes enceintes ne doivent pas être soumises à des mouvements exagérés, elles sont encore moins faites que les autres pour être immobilisées.

Un cas de rhumatisme articulaire chronique progressif traité par le massage et les mouvements. — Amélioration notable,

Par le Docteur René MESNARD.

Mme S., 64 ans, se présente à nous avec les deux mains très déformées ; les doigts amaigris et comme collés ensemble sont portés en masse, vers le bord cubital.

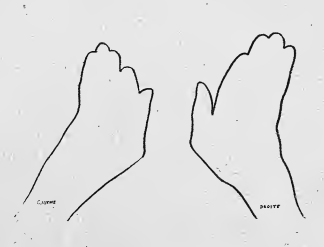
Le tracé que nous reproduisons ici et que nous avons pris en faisant poser les deux mains sur une feuille de papier et en suivant le contour avec la pointe d'un crayon, rend bien compte de cette déviation en masse.

De plus, les doigts forment avec les métacarpiens une voûte qu'il est impossible de faire disparaître, en sorte que les mains ne peuvent se poser à plat. C'est ce qui explique que sur la figure ci-jointe la main gauche, dont la voussure est surtout accentuée, paraît si courte.

De vives douleurs se produisent dès qu'on essaie de mettre en mouvement une des articulations métacarpo-phalangiennes.

Les articulations du poignet, du coude et de l'épaule, ainsi que celles de la colonne vertébrale, surtout dans la région cervico-dorsale, sont aussi fort douloureuses et la malade les immobilise le plus qu'elle peut pour éviter la souffrance. Elle se replie sur elle-même les bras collés au corps.

Le diagnostic s'impose de rhumatisme articulaire chronique pro-



gressif, rhumatisme noueux ou déformant, appelé encore par quelques auteurs rhumatisme goutteux.

Dans ces conditions, toute occupation est devenue impossible à la malade qui ne peut même plus s'habiller seule et est incapable de soulever une chaise ; elle ne peut plus tenir à la main un couteau pour couper du pain.

L'épreuve dynamométrique à laquelle nous la soumettons nous donne pour la main droite comme pour la main gauche le chiffre de 3 kil.

C'est à peine ce que produit un enfant de quatre ans en serrant le dynamomètre.

Nous commençons aussitôt une série de séances à peu près quotidiennes. Nous pratiquons d'abord l'effleurage prolongé de chaque

articulation douloureuse. Cette manœuvre essentiellement analgésique nous permet d'imprimer aux doigts quelques mouvements passifs et peu à peu nous sentons les articulations qui étaient comme ankylosées devenir plus souples. Nous augmentons l'amplitude de notre mobilisation tant que la malade ne manifeste pas une trop vive douleur. Nous agissons de même pour le poignet, pour le coude et pour l'épaule. Pour le dos, nous remplaçons l'effleurage par la vibration mécanique qui agit plus profondément et dont les effets sédatifs bien connus, nous ont paru incontestables dans ce cas particulier.

En même temps que les articulations devenaient moins douloureuses et que les mouvements passifs acquiéraient plus d'amplitude, nous avons par un pétrissage méthodique, par des tapotements et des hachures fortifié chaque groupe musculaire atrophié. Puis peu à peu nous avons fait faire quelques mouvements actifs.

Tous ces exercices plutôt pénibles au début, devinrent petit à petit plus faciles ; la malade éprouva très vite un soulagement.

L'élévation verticale des bras au-dessus de la tête impossible d'abord si ce n'est passivement et avec douleur, fut au bout de quinze jours de traitement, possible activement et presque sans douleur.

La raideur du cou disparut en proportion de la douleur qui était devenue bien moins vive.

Au bout de deux mois de traitement, la malade pouvait s'habiller elle-même ce qu'elle n'avait pu faire depuis plusieurs mois. Elle pouvait maintenant soulever une chaise et couper du pain ; sa force dynamométrique était passée de 3 à 7 kil. pour la main droite et de 3 à 6 kil. pour la main gauche.

La malade se trouvait en somme très améliorée et ses mains répondaient maintenant à peu près d'une façon suffisante aux faibles exigences de sa vie.

Voilà au point de vue fonctionnel ; quant à la déformation des mains, elle fut peu modifiée par le traitement. La main gauche était toujours voûtée comme nous l'avons dit, mais à un degré un peu moindre toutefois, et la droite arrivait avec un peu d'effort à se poser à plat. La déviation vers le bord cubital avait légèrement diminué à la main droite surtout.

Malheureusement, par suite d'une affection aiguë intercurrente la malade dut cesser le traitement cinésique auquel nous la soumet-

tions et garder un repos prolongé qui lui fit perdre peu à peu une partie du bénéfice acquis.

Il ressort de cette observation qu'on peut au point de vue fonctionnel rendre réellement service aux malades atteints de rhumatisme chronique déformant.

Si nous ne pouvons rien sur les désordres osseux déjà produits, du moins nous pouvons remédier à l'atrophie musculaire et entraver l'ankylose celluleuse qui se produit infailliblement par suite de l'immobilisation.

Les travaux de Adams, Forster, Teissier, etc... (1) ont bien mis en évidence l'influence de l'immobilisation dans la production de l'ankylose et Charcot dans ses leçons de la Salpêtrière avait soin de faire remarquer que la main gauche moins exercée que la droite par les besoins journaliers, se déformait aussi beaucoup plus et devenait plus vite impotente.

Il est probable que si le rhumatisme chronique progressif était pris dès le début et traité par le massage et les mouvements méthodiques, on arriverait non pas à enrayer la maladie, ce qui malheureusement ne semble pas possible, mais à retarder peut-être son évolution et à éviter pendant longtemps l'impotence fonctionnelle si précoce d'ordinaire chez ces malades abandonnés presque toujours à leur triste sort, faute d'un traitement efficace à leur appliquer.

Discussion.

M. Frétin. — J'ai vu les photographies de plusieurs cas traités par Hoffa; j'ai conservé en particulier le souvenir d'une jeune fille atteinte de polyarthrite déformante qui fut traitée pendant huit mois par le massage et la mobilisation au moyen des appareils de Krukenberg et à laquelle Hoffa fit une douzaine environ de ténotomies. La comparaison des photographies prises avant et après le traitement dénotait une amélioration notable. M. Lucas-Championnière connaît-il en France des cas de ténotomie pour cette affection ?

M. Lucas-Championnière n'en connaît pas.

M. Dagron. — Il est très important de faire la différence entre le traitement appliqué à une polyarthrite déformante en évolution ou bien à des déformations et raideurs consécutives à du rhumatisme. Dans ce dernier cas nous obtenons des résultats satisfaisants. Dans le premier cas, au contraire,

(1) Adams (R.) — A treatise on Rheumatic gout, London, 1857.
Forster. — Handbuch der path. anat.
Teissier. — Mémoire sur les effets de l'immobilisation longtemps prolongée des articulations, Lyon, 1844.

nous n'obtenons rien ou du moins je n'ai jamais vu de bon résultat, aussi l'observation de M. Mesnard est-elle fort intéressante.

M. Lagrange insiste sur le caractère sédatif de la vibration dorsale.

M. Lucas-Championnière. — Ce qui m'intéresse dans l'observation d'Hoffa, c'est que ces ténotomies dont parle M. Frétin ont été évidemment pratiquées après la cessation ou tout au moins la diminution notable des douleurs ; la kinésithérapie avait donc provoqué cette diminution.

M. Lagrange cite un cas de rhumatisme progressif datant de trois ans, chez lequel le mouvement n'a donné aucun résultat.

M. Fourrière se souvient d'une malade qui par le changement total d'existence, en dehors de tout traitement, vit son rhumatisme s'améliorer.

Le Secrétaire des séances,

M. Marchais.

Séance du 23 *février* 1900.

Présidence de M. Lucas-Championnière.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

La correspondance comprend :

Une lettre de remerciements de *M. le docteur Bourcart* (de Genève) nommé membre correspondant étranger.

Des lettres de candidature :

De Madame Goldspiegel-Sosnowska, docteur en médecine au titre de membre titulaire.

De M. le Dr Juventin (de Nice) au titre de membre correspondant national.

De M. le Dr Louis Mencière (de Reims) au titre de membre correspondant national.

Le Rapport sur la candidature de M. le Dr Bouteron est remis à une séance ultérieure, le candidat n'ayant pas encore envoyé le travail exigé par l'art. 8 des statuts.

Rapport sur la candidature de M. le docteur Platon (de Marseille),

par M. Saisset.

Messieurs,

Je suis chargé de vous présenter au point de vue scientifique le Dr Platon, ancien interne des hôpitaux de Marseille, lauréat de l'Ecole de médecine de cette ville. Le Dr Platon s'occupe surtout de kinésithérapie gynécologique.

Son premier travail sur cette spécialité a été communiqué en 1898 au Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Marseille. Il a pour titre : Du massage gynécologique. Les indications et les contre-indi-

Rapport sur la candidature de M. le Docteur Juventin (de Nice).

Par M. Ch. VUILLEMIN.

Messieurs,

Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur une brochure intitulée « Le massage appliqué au traitement des maladies par ralentissement de la nutrition que M. le Docteur Juventin (de Nice) a adressée à la Société de kinésithérapie à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. La lecture de ce travail m'a fort intéressé et m'a même procuré quelques surprises. Il comprend dans ses grandes lignes :

1° La définition de la distinction pratique du massage : *massage hygiénique* (frictions et tapotements) à la portée de tous (c'est le massage des garçons de bains) et *massage thérapeutique* rationnel pratiqué par les médecins seuls ; il comprend : compression, frictions, écrasement progressif avec le pouce seul ou avec les autres doigts, d'abord léger, doux, puis de plus en plus rude.

2° Les effets physiologiques du massage : pâleur, puis rougeur des tissus ; élévation de température, puis sédation de la douleur ; atténuation de la virulence de toxines ; excitation des vaso-moteurs et fonctionnement normal des vaisseaux sanguins ; circulation plus libre, absorption plus active et disparition de l'enflure.

3° Le dosage du massage dans sa durée, son énergie et son étendue.

4° Les indications et l'utilité du massage dans l'enflure, les indurations, la myasthénie, la scoliose, le torticolis, le lumbago, le tic non douloureux de la face, l'obésité, la neurasthénie et même la tuberculose, etc.

Je ne suivrai pas notre confrère dans ses explications un peu vagues, ni ses aperçus souvent plus ingénieux que rationnels ; mais je rends hommage à l'énergie de ses convictions et à sa sincère confiance dans le massage ; il en fait une sorte de panacée qu'il emploie même dans la fièvre typhoïde pour exciter la bile et le suc pancréatique dans le but de détruire les ferments infectieux, les microbes et leurs toxines.

Si l'auteur exagère volontiers l'efficacité du massage, il me semble qu'il en exagère également les inconviénents en affirmant qu'un massage prolongé outre mesure amène tous les degrés de la fatigue ; je l'admets très bien chez le masseur, mais chez le massé, j'en demande une preuve. A l'appui de cette assertion, le Docteur Juventin cite le cas d'un confrère atteint de myasthénie générale (encore un néologisme qu'il fait synonyme d'arthritisme et que je ne puis approuver ; il ne répond à aucun besoin) et chez lequel il a provoqué une sérieuse courbature avec frisson intense par un massage général de 35 à 40 minutes.

Enfin, notre confrère défend les intérêts professionnels avec la même ardeur passionnée que ses propres intérêts et il accable de son mépris les médecins gymnastes suédois qu'il veut bien mettre au-dessus des garçons de bains, mais sur la même ligne que les Moniteurs de Joinville. Il me semble que ce jugement n'est pas juste, mais il est peut-être excusable pour plusieurs raisons que je ne saurais énumérer, et puis il provient de ce joli coin de la côte d'Azur où le soleil est chaud, les passions vives et où toutes les concurrences doivent être très ardentes.

En résumé, le travail que j'ai eu à examiner est intéressant et consciencieux : il prouve une grande confiance dans la kinésithérapie et un sincère désir de l'utiliser et de la défendre : aussi son auteur mérite votre approbation et vos encouragements, et j'espère que vous voudrez bien l'admettre dans notre Société, au titre de Membre correspondant.

Les conclusions de ce rapport, mises aux voix, sont adoptées et M. le Docteur Juventin (de Nice) est admis comme membre correspondant national.

COMMUNICATIONS

Kinésie préopératoire,

Par M. le Dr FRÉTIN.

En France, à Paris au moins, très exceptionnels sont les services de chirurgie qui possèdent un assistant expérimenté dans la pratique de la Kinésithérapie, capable d'aider utilement le chirurgien dans l'œuvre si absorbante qu'est la direction d'un grand service hospitalier. Je ne veux pas définir le rôle complexe de cet assistant qui peut avoir à intervenir de tant de manières différentes : je voudrais simplement montrer son utilité pour préparer l'action chirurgicale, autrement dit je désire appeler l'attention de la Société sur ce fait qu'à côté de la préparation diététique et médicamenteuse du patient à l'opération, il peut exister dans certains cas une véritable préparation par le mouvement sous ses diverses formes.

Vous savez que dans ces dernières on s'est beaucoup occupé de déterminer d'une façon précise les conditions où doit être placé l'opéré de demain. Qu'il me soit permis de rappeler, en passant, les travaux de notre président sur ces questions qui, pour dater d'hier, ne sont plus nouvelles ; encore est-il bon peut-être de mettre ces faits mieux en lumière, parce que dans la pratique on néglige souvent d'en tenir compte.

S'agit-il, par exemple, de vieillards affaiblis, épuisés, qu'un long séjour au lit a débilités, au point que les bronchites, les pneumonies hypostatiques sont chaque jour menaçantes, il est possible, en déterminant un afflux sanguin rapide vers la peau, vers les muscles, de soulager les organes internes, d'augmenter l'activité cardiaque.

J'ai vu, à Berlin, Zabludowsky obtenir dans ces cas des résultats très prompts et très remarquables par les procédés les plus simples. D'abord les changements de positions fréquents du malade, dont on varie les formes du décubitus — latéral droit, latéral gauche, abdo-

minal — élévation de la tête, élévation des jambes, puis surtout quand le dos du patient est accessible, frictions rapides et intermittentes avec les deux mains sur les téguments de la région dorsale, du coccyx à la nuque. Hachements, tapotements, claquements et enfin surtout vibration des nerfs dorsaux à leur émergence en dehors de la moelle dans les gouttières vertébrales. Bien entendu, le massage abdominal n'est pas négligé et chacun connaît son importance, s'il s'agit de constipation ou de troubles vésicaux. L'effet du traitement n'est pas seulement physique, il est psychique également et c'est quelquefois merveille de voir sous son influence la confiance et la gaîté revenir dans le regard des vieux.

S'agit-il des diabétiques, surtout des diabétiques cachectisés, par leur maladie, ce même traitement réussit encore d'une manière très satisfaisante. Souvent le taux de sucre diminue, sans changement de régime. Mais suivant une remarque qui appartient encore à Zablüdowsky, chez les diabétiques âgés il faut faire extrêmement attention. Le massage doit être de très courte durée, 10 minutes au plus, car il faut craindre chez eux des accidents de collapsus. Enfin l'asepsie des mains, de la pommade employée doit être rigoureuse, ne l'oublions pas, car on doit redouter beaucoup les éruptions furonculeuses. J'ai pour mon compte essayé pour le massage beaucoup d'ingrédients divers, sans avoir été jamais pleinement satisfait par aucun. Peut-être mes collègues pourraient-ils éclairer ma religion sur ce point avec l'aide de leur expérience particulière.

Je passe rapidement sur les avantages qu'il peut y avoir à modifier par le massage et les mouvements la circulation locale d'un membre à opérer, si cette circulation est défectueuse pour une cause quelconque, que le membre soit le siège de varices, ou qu'il soit atteint d'artério-sclérose, etc.

Le traitement mécanique des affections cardiaques a pris dans ces dernières années un développement considérable. J'ai eu personnellement l'occasion de traiter ainsi un assez grand nombre de malades atteints d'affections cardio-vasculaires.

Les œdèmes, les palpitations, l'arythmie, l'essoufflement si communs dans ces affections sont très heureusement modifiés par un traitement kinésique bien appliqué. Tous les chirurgiens connaissent les dangers du chloroforme chez les cardiaques. Il ne saurait donc être indifférent de fortifier le muscle cardiaque de ces malades lorsque l'on songe à les opérer sous l'anesthésie. D'autre part, tout le

monde connaît la lenteur de la cicatrisation des plaies chez les gens à circulation imparfaite.

Voici donc des motifs bien légitimes pour intervenir avant l'acte opératoire par un traitement kinésique. Il y a déjà des années que les chirurgiens allemands envoyent à Nauheim — dont chacun connaît les vertus — leurs malades atteints d'affections cardio-vasculaires avant de prendre le bistouri.

A l'époque de la ménopause, beaucoup de femmes un peu obèses, sans avoir le cœur absolument malade, souffrent de troubles circulatoires qui les rendent éminemment suspectes quand il s'agit d'une intervention opératoire. Chez ces personnes, suivant la remarque de Kisch, c'est surtout la graisse sous-péricardique qui prend un volume quelquefois énorme. Dans ces cas le traitement kinésique réussit souvent à merveille pour dégraisser le cœur, qu'on nous passe l'expression, et pour faire disparaître par là même une foule de symptômes des plus inquiétants.

Il en va de même pour certaines femmes, un peu grasses, affligées de tumeurs fibro-myomateuses. Il n'est pas rare d'observer chez elles des troubles cardiaques des plus variés sur la pathogénie desquels on est encore mal fixé. Peut-être s'agit-il seulement de troubles nerveux réflexes à point de départ génital. Mon attention ayant été attirée sur ce point par Hasebroek (de Hambourg) j'ai eu plusieurs fois l'occasion de constater ces troubles sur des malades de la ville et de l'hôpital, et assez souvent sous l'influence d'un traitement kinésique prolongé j'ai pu voir s'atténuer et disparaître ces troubles qui avaient pu en imposer pour une lésion cardiaque organique. En même temps l'état général s'améliora grandement et dans une de mes observations au moins je note que l'intervention chirurgicale, repoussée comme dangereuse en raison du mauvais état des grandes fonctions, devint possible par la suite et fut réalisée avec plein succès par le Dr Guinard (Hystérectomie vaginale totale).

Il m'a semblé résulter aussi de mes observations que souvent la kinésie méthodique est une excellente préparation aux opérations dirigées contre les affections chroniques de la femme, surtout quand celles-ci ont déterminé des altérations graves dans la santé générale.

Chacun sait que c'est la règle dans les fibromes volumineux et hémorrhagiques.

Dans un autre ordre d'idées, j'ai vu quelques malades, atteints d'af-

fections urinaires, se trouver à merveille du traitement gymnastique. J'ai eu l'occasion de soigner, avec M. le Pr Guyon, un prostatique âgé dont l'état général resta mauvais jusqu'à l'application du mouvement méthodique et du massage. Ces malades, lorsqu'ils restent constamment au lit, favorisent singulièrement la congestion des organes du bassin par ce décubitus dorsal prolongé. Chez eux les troubles digestifs sont de règle.

Dans le cas auquel je viens de faire allusion la langue se nettoya au bout de la première semaine de traitement.

En résumé il paraît certain que le traitement par le mouvement est souvent une excellente préparation à une intervention opératoire, que ce traitement mérite une place plus grande qu'on ne lui donne habituellement dans la pratique quotidienne de la chirurgie. Sans avoir, loin de là, la prétention d'épuiser la question, je désirais soumettre ces quelques réflexions au jugement de la Société.

Discussion

M. Stapfer. — J'ai été vivement intéressé par les communications de M. Frétin. Je voudrais insister sur un point. Zabludowski emploie le massage abdominal et la kinésithérapie chez les cardiaques ; eh bien, le massage du ventre est la meilleure partie du traitement du cœur, non seulement parce qu'il favorise les évacuations, mais aussi parce qu'il se produit une action réflexe sur la circulation générale.

Je suis très heureux que les médecins s'occupent de massage prostatiques. J'ai eu en mains un manuscrit de Brandt où il avait consigné des résultats intéressants ; je n'ai pas pu m'occuper de ce massage spécial mais je suis convaincu qu'on doit obtenir de bons résultats.

M. Dagron. — M. Frétin a insisté avec juste raison sur la sensibilité de la peau de certains malades, des diabétiques en particulier et sur la difficulté d'employer un corps inoffensif. Chez ces malades, je me suis toujours bien trouvé de pratiquer le massage avec, tantôt de l'eau savonneuse, tantôt de la poudre de talc.

M. Lagrange. — L'eau savonneuse me semble d'autant meilleure dans ce cas que chez les diabétiques, les sécrétions sont hyperacides.

Des modifications du tracé du pouls sous l'influence des exercices méthodiques.

Par le Docteur F. LAGRANGE.

Je voudrais présenter à la Société quelques tracés sphygmographiques indiquant les modifications assez peu connues en France

que peut subir le pouls sous l'influence des mouvements méthodiques.

Ce sont des documents cliniques sur lesquels je veux simplement appeler l'attention de nos collègues, sans prétendre en tirer tout de suite des déductions thérapeutiques précises, car la question du traitement des affections cardio-vasculaires par le mouvement est encore loin d'avoir été mise au point, — surtout dans notre pays.

Je désirerais surtout provoquer les réflexions et, au besoin, les critiques de chacun de vous, sur la petite contribution que j'apporte ici à l'étude des effets du mouvement sur la circulation.

Les tracés que je vous soumets montrent que les mouvements méthodiques peuvent agir :

1° En modérant la fréquence du pouls ;

2° En diminuant son amplitude ;

3° En régularisant sa forme ;

4° En régularisant son rythme.

Ces modifications sont justement inverses de celles que produit l'exercice violent, dont on voit l'action perturbatrice sur les tracés de la 1re et de la 2e série que j'ai pris à la suite d'efforts athlétiques.

Quelle interprétation faut-il donner aux modifications produites, dans les exemples ci-joints, sur les tracés sphygmographiques ?

D'abord il en ressort une considération très importante, c'est la très grande rapidité avec laquelle la circulation peut être modifiée par des mouvements bien choisis, dans le sens de l'amélioration de la fonction.

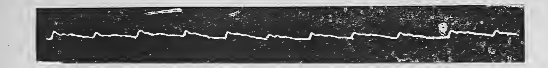
Ensuite, on en peut déduire un mode d'action du mouvement tout différent de celui auquel s'adressent la plupart des critiques faites par les auteurs français au traitement « gymnastique » des troubles circulatoires. Nous nous sommes habitués à songer surtout à l'action de l'exercice sur le cœur lui-même, comme s'il s'agissait, dans tous les cas, de fortifier le myocarde pour compenser une lésion. Tandis qu'on obtient plus sûrement, dans le plus grand nombre des cas, l'amélioration cherchée, en agissant non sur l'organe central, mais sur les organes périphériques de la circulation, sur les petites artères.

Quel est le mode d'action des mouvements méthodiques? Cette question est loin d'être suffisamment résolue.

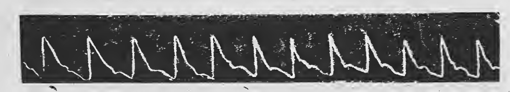
Si on s'en rapporte aux tracés de la troisième série que nous présentons, il est permis de dire que les mouvements méthodiques très doux agissent le plus souvent en augmentant la tension artérielle, et

PREMIÈRE SÉRIE.

Modification du pouls normal par les mouvements musculaires violents.



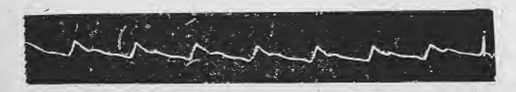
N° 1. — Pouls normal d'un sujet au repos.



N° 2. — Pouls du même sujet, après 15 minutes d'exercice de gymnastique aux agrès.

DEUXIÈME SÉRIE.

Modification du pouls normal par des mouvements musculaires allant à la limite de l'effort.



N° 1. — Tracé sphygmographique pris sur un sujet au repos.



N° 2. — Tracé sphygmographique pris sur le même sujet, 10 minutes après le premier, tracé avec le même sphygmographe et par le même opérateur, A LA SUITE D'EFFORTS MUSCULAIRES TRÈS VIOLENTS.

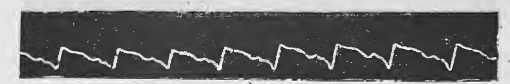
TROISIÈME SÉRIE.

Éréthisme cardio-vasculaire; sédation par les mouvements méthodiques.

Ces deux tracés ont été pris avec le même sphygmographe et par le même opérateur à 30 minutes d'intervalle, chez un sujet neurasthénique, sans lésion cardiaque.



1° Avant les mouvements méthodiques.



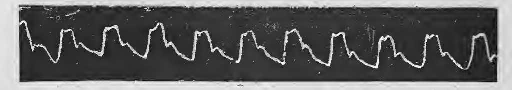
2° Après les mouvements méthodiques.

QUATRIÈME SÉRIE.

Action des mouvements méthodiques sur l'arythmie du pouls.



1er tracé. — Rythme « tricouplé » chez un sujet artério-scléreux avant le traitement.



2e tracé. — Disparition de l'arythmie après deux mois de traitement.
(Le sujet n'a pris aucun médicament, ni avant, ni pendant le traitement gymnastique).

par conséquent ont un effet tout opposé à celui des mouvements violents qui la diminuent, ainsi que l'ont démontré Chauveau et Marey et ainsi que le font bien voir les tracés de la 1[re] et de la 2[e] série, pris à la suite de grands efforts musculaires.

Mais c'est à propos de la tension artérielle, de ses variations, de ses mesures que la confusion commence et que physiologistes et cliniciens se trouvent en désaccord. Aussi serait-il, je crois, prématuré de provoquer ici une discussion à ce sujet. J'aime donc mieux, pour le moment, m'en tenir à la constatation des faits établis par les graphiques que je vous soumets, et conclure qu'on peut, avec les mouvements méthodiques rétablir, dans nombre de cas, la régularité de la circulation dont la régularisation des mouvements du cœur devient alors le témoin.

Discussion

M. Dagron demande à quelque moment exact les tracés ont été pris.

M. Lagrange. — Immédiatement après la série des mouvements.

M. Verdier. — Quels sont les mouvements employés chez les cardiaques ?

M. Lagrange. — Des mouvements passifs ; actifs légers, et des respirations.

M. Stapfer. — Pour l'étude de la circulation, les sacs pléthysmographiques d'Hallion et Comte sont très commodes. Quant aux résultats, quoi qu'en aient dit certains auteurs, j'ai toujours constaté après les mouvements de la vaso-constriction, l'élévation de la tension artérielle et le rétablissement du rhythme.

M. Dagron. — Les différences observées sont très faciles à expliquer si l'on veut se rendre compte de ce qu'était le massage autrefois et de ce qu'il est aujourd'hui. Autrefois le massage était brutal ; aujourd'hui, il est beaucoup plus doux et amène une sédation presque constante ; un muscle caressé ne réagit pas violemment, nous le voyons tous les jours dans le traitement des fractures.

M. Stapfer. — Ceci est très vrai en gynécologie. Un médecin brutal ne peut arriver à sentir dans un bassin ce que nous arrivons à percevoir avec une grande facilité.

Le secrétaire des séances.

Dr Marchais.

Séance du 27 *avril* 1900.

Président de M. J. Lucas-Championnière

—

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

La correspondance comprend :

Une lettre de démission de M. le Docteur Juventin (de Nice).

Une lettre de candidature de M. le Dr Porro (de Monte-Carlo), au titre de membre correspondant étranger.

M. le Docteur Mencière (de Reims), est élu, à l'unanimité, membre correspondant national.

COMMUNICATIONS

Valeur diagnostique et pronostique du massage en gynécologie,

Par M. le Dr H. STAPFER

De même qu'il existe un électro-diagnostic, et un séro-diagnostic, il existe un masso-diagnostic, procédé qui s'applique spécialement aux affections abdomino-pelviennes, avec cette différence que ce procédé ne donne pas de résultats immédiats comme la découverte de Duchesne de Boulogne et celle de Widal. Un nombre variable de séances de massage est nécessaire.

Theilhaber, en Allemagne, avait déjà signalé en 1888 cette propriété du massage, mais la constatation de l'assouplissement des parois abdominales, à laquelle il s'est borné est très insuffisante. Si le massage ne facilitait le diagnostic que par l'assouplissement des parois, ce serait peu. Le chloroforme agit aussi bien et plus vite. Or, on peut attendre beaucoup plus du massage. Il vise et on obtient par lui d'abord l'assouplissement des parois et de l'intestin ; ensuite la fonte des œdèmes, qui déforment les organes génitaux, masquent leur volume et leur consistance et par là exposent les malades à de préjudiciables erreurs quand le médecin formule, diagnose et prognose sur un ou deux examens ou moins précipités.

Tel est le grand avantage du massage combiné au palper, pratiqué quotidiennement, en séances courtes, sur la même malade. Nous avons depuis longues années deux procédés d'exploration du ventre et du pelvis, le toucher et le palper isolés ou combinés ; il faut y joindre à présent le palper-massage, grâce auquel on arrive à une topographie parfois très exacte du contenu de la cavité abdomino-pelvienne.

Le palper-massage m'a permis de faire des constatations, et, je puis dire, des découvertes gynécologiques et obstétricales qui ont quelque importance clinique et modifient les données classiques de la science.

Il en permettra, je crois, bien d'autres à de plus habiles ; mais ce n'est pas d'elles que je veux parler aujourd'hui. Je veux simplement

montrer par des faits à la Société la valeur diagnostique et pronostique du palper-massage, pratiqué quotidiennement.

Le premier fait est celui d'une tumeur pelvienne bénigne, mais proliférante prise d'abord pour une salpingite, puis pour une tumeur kystique dont la malignité évidente aux yeux de nos meilleurs maîtres devait entraîner la mort à brève échéance. La malade est guérie depuis six ans et sa santé est parfaite. Voici le cas :

En 1894, le Prof. X. et le Dr N. me prièrent de soigner par la kinésithérapie une malade chez laquelle le Prof. T. avait diagnostiqué une salpingite.

Cette malade était alitée, avait eu des crises de pelvi-péritonite ou de pseudo-pelvi-péritonite et ne pouvait marcher. Le cul-de-sac vaginal droit était empâté et cet empâtement empiétait sur le cul-de-sac postérieur.

Le ventre avait une résistance que j'attribuai d'abord aux gaz intestinaux où à la contraction involontaire ; avec un point d'interrogation cependant, car cette résistance ressemblait par instants à de la rénitence. Je suspendis mon jugement sur la nature de l'empâtement du cul-de-sac, l'affection étant survenue insidieusement et non à la suite d'un avortement ou d'une infection gonococcique, comme il arrive d'ordinaire pour la salpingite banale. C'est d'ailleurs mon habitude de ne pas étiqueter d'emblée sur une seule exploration les affections génitales. Je ne promis que deux choses : 1° d'arriver avec le temps à un diagnostic et à un pronostic précis ; 2° de transformer l'état général si ce diagnostic et ce pronostic n'étaient point graves, et notamment de rendre promptement à la malade l'usage de ses jambes.

Ce dernier résultat fut en effet très promptement acquis ; mais le traitement ne dura que trois semaines et au bout de ce temps je n'étais pas plus éclairé qu'au début ; ma main ne pouvait descendre profondément dans la cavité adbomino-pelvienne.

Deux mois plus tard, la malade me revint ballonnée, marchant avec peine, sortant de son lit où l'avait clouée une de ces crises que je qualifiais plus haut de pseudo-pelvi-péritonite. Son médecin de campagne avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire. J'eus alors l'explication de la résistance spéciale que j'éprouvai jadis pendant le massage et à propos de laquelle j'avais posé un point d'interrogation motivé par la sensation rénitence. Il y avait du liquide dans le ventre, mais je le jugeai ascitique et peu abondant ; les anses intestinales flottantes et météorisées formaient la majeure partie du ballonnement.

Je repris le traitement. Le météorisme disparut. Le liquide persista et s'accrut, mais les forces et la facilité de locomotion revinrent promptement; ce qui m'étonna beaucoup, l'ascite étant d'assez mauvais augure en ce qui concernait la nature de la tumeur, qui, augmentée de volume pendant l'absence de la malade, était maintenant perceptible et se présentait sous forme de biscaïens plus ou moins gros agglomérés sur un plateau mamelonné.

Le liquide envahissant la cavité abdominale de plus en plus, le massage devint impossible et j'avisai le Dr N. Le Prof. X., consulté par nous, conseilla l'opération immédiate de préférence aux ponctions pour ne pas affaiblir la maladie par des soustractions successives de liquide. La nature de la tumeur lui semblait très suspecte.

La malade se refusait énergiquement à l'opération, en disant qu'elle se sentait très améliorée par le fait du traitement et qu'elle voulait le continuer. Le Prof. D. fut appelé à la rescousse de l'opinion du Prof. X. et donna satisfaction à la malade parce qu'il la jugea perdue. Vous pouvez, me dit-il, faire ce que vous voudrez, ce que j'ai tenu dans mes mains comme sur une table d'amphithéâtre, sent très mauvais, et n'inspire aucun doute. L'opération précipiterait le dénouement. Donnez satisfaction à cette malade et faisons une ponction.

Je continuai donc le traitement en faisant savoir au mari que l'opération était la seule chance de guérison et que la kinésithérapie préalable la faciliterait par le relèvement toujours plus marqué de l'état général et par la libération absolue ou relative de la tumeur. En effet, je considérais l'augmentation des forces de la malade comme incompatible avec l'opinion du Prof. D. De plus, je croyais que par le fait du traitement kinésique, les conditions où la malade se trouvait, différaient de celles des malades analogues et que, contrairement à la crainte du Prof. X., les ponctions ne seraient pas suivies de la redoutable déchéance de l'état général.

Du fait, on soutira en deux mois vingt-neuf litres de liquide et la santé non seulement se maintint, mais s'améliora toujours.

Enfin le jour vint où je jugeai à propos de déclarer à la malade qu'il fallait se résigner à l'opération et se hâter de la subir pour profiter des bienfaits de la kinésithérapie.

Elle s'y refusa et partit pour Nantes, où une sage-femme lui pansa le vagin avec des pommades.

Un peu plus tard le mari vint m'apprendre que le ventre devenait énorme et que les jambes enflaient.

Le Dr N. et le Prof. X., toujours pénétrés de l'idée de malignité, pensèrent à une phlébite. Je partis pour Nantes, convaincu qu'il s'agissait seulement d'œdème par compression. Je trouvai la malade apyrétique ballonnée, comme un tonneau, les membres inférieurs déformés par l'infiltration. Le col de l'utérus, abaissé, faisait issue entre les lèvres vulvaires tuméfiées. Il était absolument sain.

Cette fois je parlai sévèrement en montrant les dangers de l'œdème, mais débarrassée par ponction de vingt-deux litres de liquide, la malade attendit encore trois mois et une cinquième et sixième ponction pour se faire opérer. Extraction fut faite alors d'un papillome de l'ovaire droit gros comme les deux poings et de deux petits choux-fleurs greffés sur l'ovaire gauche, kystique.

La malade a continué à se bien porter. Six ans se sont écoulés depuis l'opération. Elle est, ce me semble, un exemple frappant de la valeur diagnostique et pronostique du massage gynécologique sans parler du bénéfice peut-être inappréciable qu'elle a tiré de l'excitation du réflexe dynamogénique.

Voici un second fait dans lequel un œdème péri-salpingien a été pris pour une grossesse extra-utérine en voie d'évolution.

J'ai été appelé auprès d'une malade qui s'était alitée le jour même au sortir de la consultation d'un maître accoucheur dont l'ordonnance écrite de sa main était conçue en ces termes : « Je considère comme indispensable l'intervention opératoire. Il y a urgence. »

Le professeur qui s'exprimait ainsi était ennemi des opérations précipitées, sauf en cas de grossesse extra-utérine. L'appendicite compliquant la grossesse n'était pas connue à cette époque. Je compris donc qu'il s'agissait de grossesse ectopique. L'exploration me révéla en effet l'existence d'une tumeur péri-salpingienne de moyen volume ; mais un peu de massage la réduisit à de si faibles proportions que je demandai un sursis à l'opération. Quelques jours après la réduction de volume étant encore plus considérable, pour rassurer complètement la malade, je l'adressai à un autre professeur qui, après avoir pris connaissance de l'ordonnance de son collègue et de l'état des organes, m'écrivit : « Je ne comprends rien aux alarmes de mon ami X. »

Pour ma part, je conçois les alarmes injustifiées de « l'ami X ». Je les conçois depuis que je pratique le massage gynécologique. Celui-ci montre la disproportion qui existe souvent entre les altérations tubo-ovariennes et l'infiltration du tissu conjonctif ambiant.

On a beaucoup négligé dans ces dernières années le rôle capital joué par les altérations du tissu conjonctif dans les affections pelviennes pour ne voir que les lésions primitives. C'est à peine si nos gros traités de gynécologie les mentionnent et leur description devrait occuper une grande place au chapitre syndrome utérin, puisque les dites altérations s'observent d'après ce que j'ai vu dans toute affection gynécologique grave ou bénigne, quelle qu'en soit l'origine. Je crois bien que notre président est un de ceux qui, à l'exemple des anciens maîtres, ont prostesté contre ce dédain injustifié. Il nous le dira sans doute lui-même. Pour ma part, je fais des infiltrations molles ou dures du tissu conjonctif pelvien la lésion qui relève par excellence du massage, la seule qu'il atteigne d'emblée. Elle s'évanouit et renaît sans cesse sous les doigts du masseur, jusqu'au jour où il est maître de la lésion primitive quand il en est maître. Le masseur a le spectacle tangible de ses diverses manifestations chronique, subaiguë, aiguë quand le péritoine se prend.

Ces œdèmes varient de volume au jour le jour. Ils sont fugaces parfois et ne se révèlent ou ne prennent les proportions inquiétantes d'un phlegmon qu'au moment des congestions menstruelles et intermenstruelles. De là les variations dans le jugement de différents explorateurs également expérimentés, l'un conseillant une opération que l'autre désapprouve. De là encore les variations de jugement d'un même explorateur qui examine la même malade à deux époques différentes de l'espace intermenstruel.

En présence d'une tumeur œdémateuse du ligament large, il déclare à telle époque que la malade a une salpingite parce que l'œdème est plus ou moins dépressible. A telle autre époque que la malade a un fibrome parce que l'œdème est ligneux. A telle autre époque enfin, comme il ne sent plus rien, il déclare que la malade est guérie si c'est lui qui a posé les diagnostics antérieurs de salpingite et de fibrome ; si c'est un confrère, le confrère passe quelquefois un mauvais quart d'heure. Le massage m'a appris à être très indulgent pour des erreurs de ce genre quand elles n'entraînent pas une faute grave préjudiciable à la malade. La connaissance que le massage donne de ce qu'il convient d'appeler l'aspect protéique des lésions génitales fait que je ne m'étonne plus de voir les médecins dévoués qui veulent bien m'assister à l'hôpital redresser un diagnostic que j'ai trop précipitamment aventuré ; je dois dire que j'éprouve de la satisfaction à être ainsi pris en violation d'un principe qui m'est cher : l'étude patiente et quo-

tidienne du bassin par le massage, permet seule, en bien des cas, d'en faire une exacte topographie.

Les fluctuations du diagnostic dues aux variations de consistance et de volume des œdèmes pelviens sont très fréquentes. J'en pourrais citer de nombreux exemples. D'autres membres de cette Société témoins de l'exactitude de mes observations, le feront sans doute un jour ou l'autre. Je me bornerai aujourd'hui à rapporter une gageure intéressante et amusante que j'ai tenue à ce sujet avec l'une de mes malades.

Cette femme était étonnée de mon incertitude. Je ne pouvais pas me prononcer entre une salpingite ou un fibrome; je lui déclarai qu'il y aurait autant d'opinions différentes à son sujet que de gynécologues consultés. Cette assertion fut déjà confirmée ; mais, de plus, je dis à la malade : « Vous irez voir M. X. à tel moment du mois que je désignerai. Vous lui direz que je n'arrive pas à préciser la nature de votre affection et je parie qu'il tranchera la question par le diagnostic salpingite. Puis vous laisserez le temps s'écouler ; il faut que M. X., qui voit beaucoup de malades, ait oublié son diagnostic. Alors vous retournerez à sa consultation encore au jour que je vous indiquerai. Il vous dira que vous avez un fibrome. Point n'a manqué, et comme la malade dit alors au Professeur consulté : « Mais vous m'avez dit il y a deux mois que j'avais une salpingite », le professeur lui répondit : « Eh bien ! j'ai changé d'opinion ; voilà tout. »

Ce n'étaient d'ailleurs ni la salpingite, ni le fibrome qui importaient en pareil cas, mais une adhérence de l'intestin, d'où résultait, au moment du molimen de quinzaine et du molimen de règles une infiltration de tout le tissu conjonctif péri-cœcal et même du côlon ascendant. Si bien qu'on avait porté alors un troisième diagnostic, celui de péri-typhlite. On en avait, de plus, porté un quatrième : celui de : « malade imaginaire, de névropathe atteinte de manie opératoire ». Ce quatrième diagnostic avait été posé lorsque la malade se faisait examiner immédiatement avant ses règles. A cette époque, en effet, qui est la période d'accalmie des lésions génitales, l'utérus était petit, indolent, souple comme la région correspondante. Il se laissait même, après massage, ramener sur la ligne médiane, tandis que quelques jours plus tard il s'inclinait vers la fosse iliaque droite en même temps que sa corne droite grossissait, s'indurait et qu'une traction même légère éveillait une douleur plus ou moins vive. En même temps les viscères droits s'infiltraient. Les mêmes phénomènes se reproduisaient sept jours avant la

menstrue, c'est-à-dire au moment de la congestion menstruelle. Cette malade avait en réalité besoin d'opération. L'utérus fibromateux a été enlevé et l'intestin libéré. A ce propos je saisis l'occasion de protester une fois de plus et très énergiquement contre une assertion qui se trouve dans beaucoup d'ouvrages, ou d'observations de thérapeutique gynécologique, c'est que le massage rompt les adhérences. Le massage peut dissoudre les adhérences très jeunes en voie de formation. J'en citerai tout à l'heure un exemple. Le massage est impuissant contre les tissus fibreux, sclérosés, cicatriciels. Il serait dangereux de chercher à rompre des adhérences. On doit tout au plus les étirer. Ceux qui croient avoir rompu des adhérences parce qu'ils ont mobilisé un organe précédemment immobile commettent une erreur de diagnostic. Ils ont simplement dissipé les œdèmes durs ou mous des tissus conjonctifs et libéré des organes que l'infiltration ambiante cimentait en apparence entre eux.

Ce n'est pas seulement avec les fibromes que les œdèmes ou exsudats périoophoro-salpingiens peuvent être confondus. Ils peuvent être pris pour des phlegmons suppurés, car malheureusement la fièvre elle-même, accompagnée de pelvi-péritonite, n'est pas un criterium de l'existence du pus. De plus, souvent le pus pelvien est enfermé dans des coques plus ou moins épaisses, où de petits foyers purulents sont disséminés et intangibles.

Enfin, quand il y a fluctuation on doit se défier des pseudo-fluctuations, comme le prouve le cas suivant, dans lequel une anse intestinale faillit être ouverte dans le cul-de-sac postérieur et l'aurait été sans le massage qui prévint ce malheur en posant le diagnostic et, de plus, fit résorber une volumineuse tumeur œdémateuse périoophoro-salpingienne.

Cette observation emprunte un assez grand intérêt à l'époque où elle fut faite. Le massage venait d'être mis à l'ordre du jour de la Société de chirurgie et le Dr Pozzi avait présenté des pièces démontrant, disait-il, les dangers du massage. Très sagement la Société de chirurgie avait refusé de juger la kinésithérapie gynécologique sur cette présentation. Les éléments d'appréciation lui faisaient en effet complètement défaut. Pour moi, j'étais convaincu, dès cette époque, de l'innocuité de la méthode de Brandt, — j'insiste sur ces mots — méthode de Brandt.

Je l'étais alors, non par expérience personnelle, mais sur les simples affirmations de Brandt qui prétendait n'avoir pas eu d'accidents en

trente années de pratique. La véracité absolue de Brandt était un sûr garant de sa parole, garantie en outre par ce fait, que pendant trente ans le corps médical suédois, dont la moitié détestait cet empirique de génie et dont l'autre moitié le tournait en ridicule, ou rapetissait le plus possible ses succès, a guetté, sans y parvenir, l'occasion de le jeter hors du pays. Or, Brandt m'avait dit : « Essayez donc de traiter les cas aigus par ma méthode. Cela m'est arrivé quelquefois et mes malades s'en sont bien trouvés. »

Donc, aiguillonné par les affirmations de Pozzi, sachant le tort que les jugements *a priori* font aux meilleures causes, je résolus d'entreprendre le traitement d'un cas aigu et en apparence incurable et de fournir ainsi les preuves de l'innocuité de la méthode de Brandt. L'occasion se présenta et non seulement, comme on va voir, je me fournis à moi-même les preuves de l'innocuité du traitement kinésique, pratiqué comme il convient, mais celles de sa valeur diagnostique et pronostique qui est le sujet de cette communication, et pardessus le marché celles de sa valeur curative.

Voici le bilan de ma malade, le jour où je l'entrepris : malade alitée, sans appétit ni sommeil, température oscillant entre 38° et 40°, nausées, ventre météorisé, parésie intestinale, vagin brûlant, sec, utérus collé contre la symphyse et adhérent à une tumeur gauche, dure comme un pieu, grosse comme un très gros poing : seconde tumeur pâteuse dans le cul-de-sac postérieur. Infection gonococcique après le mariage, c'est-à-dire dix ans auparavant. Infection puerpérale à la suite d'un accouchement datant de sept ou huit ans. Depuis lors accidents génitaux chroniques avec paroxysmes périodiques.

On l'avouera, je ne pouvais tomber mieux pour mon expérience.

Je commençai par extraire du vagin un pansement infect, puis j'entrepris ce traitement. C'était le 9 mai 1895. Il consista exclusivement en massages très légers exécutés en dehors de la zone douloureuse, sur le paquet viscéral supérieur, massages en apparence insignifiants, mais par lesquels le réflexe dynamogénique est déjà excité.

A cet effet général si bienfaisant, se joignit bientôt un effet local. Les massages, toujours légers et courts suivant la méthode que je préconise et une gymnastique légère aussi graduelle et aussi modérée que le massage, eurent donc leurs deux effets ordinaires ; un sillon se forma entre l'utérus et les deux tumeurs, dont l'une manifestement constituée par les annexes droites avait complètement échappé au début.

L'autre était la tumeur péri-oophoro-salpingienne gauche, constatée dès le début. En même temps ou à peu près la fièvre tomba, l'appétit et le sommeil revinrent. Puis une crête se dessina sur la tumeur gauche ; c'était la trompe appliquée sur son sommet comme une sangsue gorgée de liquide.

Ces métamorphoses prouvaient que nous cheminions, mais la tumeur postérieure s'abaissait, se tendait, ses parois s'amincissaient. C'était, à n'en pas douter, une poche fluctuante ou pseudo-fluctuante. Alarmé par ce phénomène, malgré l'apyrexie maintenant à peu près constante et les forces renaissantes de la malade, je demandai au Dr N., s'il ne conviendrait pas d'ouvrir le cul-de-sac postérieur. Il me déclara que l'opération de Laroyenne serait probablement insuffisante et que l'hystérectomie s'imposerait avec des difficultés spéciales dues à la fixation de l'utérus. La malade fut transportée dans une maison de santé.

La veille de l'opération, pendant une séance de massage — car je n'avais pas abandonné mon traitement — la tumeur postérieure me parut moins tendue et quelques heures plus tard N., venu pour ses derniers ordres et un dernier examen pré-opératoire, constata qu'elle était refoulable.

Alors la conversation suivante s'établit entre nous.

— Vous persistez à opérer ?

— Certainement. La tumeur postérieure n'a pas d'importance. Nous y trouverons je ne sais quoi, peut-être une masse gélatineuse.

C'est la tumeur gauche qui impose l'hystérectomie. La trompe est au sommet pleine de pus ; au centre est l'ovaire et çà et là de petits foyers purulents.

— Cela me paraît un peu schématique, répliquai-je. Je ne sens pas tant de choses, mais seulement une trompe très infiltrée, coiffant une tumeur de bois. J'en ai fait disparaître de pareilles. Puisque la tumeur postérieure se modifie ; puisque surtout l'amélioration générale s'accuse de plus en plus, attendons. Qui sait si cette malade ne me donnera pas plus que je n'espérais, une démonstration nouvelle de la puissance du traitement kinésique ? Sinon, j'aurais recours à vous et grâce encore à la kinésithérapie, vous ferez une opération bien plus facile, parce que j'aurais, je l'espère, libéré l'utérus.

N. reconnut que rien ne pressait et se sépara de moi en disant : Si vous guérissez cette femme, vous pourrez vanter votre traitement, il est bon.

Quelques jours plus tard, la nature véritable de la tumeur postérieure se révéla. C'était une anse intestinale, qui, parésiée pendant les accidents aigus, revenait à l'état physiologique. C'était là dedans que je voulais faire donner le premier coup de bistouri.

A partir de ce jour, la malade sortit et vint quotidiennement chez moi. L'utérus se séparant du pubis gagna le centre de l'excavation. La trompe gauche tantôt dure, tantôt molle, diminua. L'infiltration des annexes droites disparut. De la tumeur gauche il ne resta bientôt qu'un noyau pour la suppression duquel il fallut autant de mois qu'il avait fallu de semaines pour la disparition de la cellulite aiguë et subaiguë entée sur cette vieille lésion chronique. Il ne restait en 1896, à la fin du traitement, qu'une induration en nappe du ligament large gauche. Au début de 1898, la malade m'écrivait du Brésil : « Depuis des années je ne m'étais porté comme je me porte depuis votre traitement. »

Il ne faut pas croire que dans tous les cas le massage permette de préciser l'espèce et le point d'implantation des tumeurs. Le massage est un élément de diagnostic précieux, d'autant plus précieux qu'il constitue en même temps un traitement inoffensif, palliatif ou curatif ; mais il ne faut pas attendre de lui la lumière en toute circonstance. Un des honorables membres de cette Société pourrait citer à l'appui de ce que j'avance le fait d'une tumeur pelvienne post-utérine précédée ou accompagnée de troubles de fonction diversement soignés, tumeur que j'ai fait disparaître sans pouvoir rien affirmer sur sa nature.

Voici à ce propos une observation dans laquelle la valeur diagnostique de la méthode a été moindre que sa valeur pronostique et palliative. Je n'ai pu indiquer que le siège très probable, le volume réel bien différent du volume apparent avant le début du traitement, et prouver que l'opération n'était pas urgente, puisque, depuis mon intervention, c'est-à-dire depuis deux ans, la malade fait bon ménage avec sa tumeur.

Il s'agit d'une femme qui avait une tumeur si volumineuse qu'elle s'étendait de la fosse iliaque à l'épigastre et si manifestement rénitente surtout en son milieu que sa nature kystique ne pouvait échapper même à un rapide examen. Je ne cédai qu'aux instances de la malade, en déclarant que le traitement servirait sans doute surtout à mon instruction, que je me ralliais à l'opinion des chirurgiens consultés. MM. B. et R. en ce sens qu'il s'agissait d'une tumeur liquide à

cavité close et que l'opération pouvait seule faire disparaître ce genre de tumeurs. B... croyait à un kyste de l'ovaire, R... hésitait sur le lieu d'implantation.

Dès les premières séances de kinésithérapie il fut évident que l'utérus et les ovaires étaient indemnes, si bien que j'abandonnai le massage gynécologique proprement dit pour masser extérieurement à deux mains la fosse iliaque gauche, le flanc et l'épigastre correspondant. C'est pendant ce traitement que j'ai constaté l'exactitude de l'importante découverte d'un de nos collègues, je veux parler du pouvoir diurétique du massage de l'hypochondre mis en lumière par MM. Cautru et Huchard. La sécrétion urinaire augmenta considérablement. Voici ce qui arriva à la tumeur. Elle se divisa en trois parties. Un premier sillon se forma entre le flanc et la région iliaque ; la partie inférieure se révéla comme manifestement formée d'anses intestinales agglomérées, que dissociait le massage. Quelques semaines plus tard un second sillon se dessina entre le flanc et l'hypochondre et je perçus alors nettement deux tumeurs, l'une kystique, l'autre de consistance bizarre à parois épaisses, que je soupçonnais être simplement l'estomac déformé. En effet, les parois s'amincirent peu à peu et un jour, un gargouillement très net me montra la légitimité de mon hypothèse. En même temps les sensations bizarres que cette malade éprouvait pendant la digestion stomacale disparaissaient. Bref la tumeur réduite à son volume réel se dégagea sous forme d'un kyste gros comme deux poings de moyen volume et implanté dans la direction de la colonne vertébrale. Le Dr R... en fit un kyste du mésentère. Inutile d'ajouter après cette description que la malade renonça à l'opération. En me quittant, elle me dit : « On m'avait affirmé que le massage me donnerait une péritonite. Il m'a donné bien autre chose .»

Pour en finir avec cette communication, je citerai une observation dont l'intérêt est assez actuel. Il s'agit d'une pseudo-appendicite compliquant la grossesse. On sait quelle frayeur cause aux accoucheurs cette complication tout récemment connue, frayeur légitime, mais qui n'excuse pas les interventions inopportunes. Il est bon de savoir que le massage peut les faire éviter comme il peut distinguer un œdème péri-salpingien d'une grossesse ectopique.

J'ai été appelé il y a deux ou trois ans pour des accidents en apparence d'origine appendiculaire, auprès d'une femme enceinte de cinq mois. Je l'avais déjà vue deux mois auparavant à propos d'une menace

d'avortement que j'eus le tort de traiter par le procédé classique du repos absolu. Si j'avais employé la méthode que je généralise de plus en plus, j'aurais certainement épargné, à cette femme de vives souffrances, à son médecin et à moi-même une vive appréhension, mais je n'aurais pas eu l'occasion de constater des choses fort instructives. Je trouvai cette malade dans l'état suivant : Ventre ballonné : impossibilité de délimiter l'utérus du côté droit. Il se confondait avec une masse compacte qui remontait jusqu'à l'hypochondre droit. Sensibilité variable, extrêmement vive au point de Mac-Burney. Pouls un peu accéléré. Température normale, mais on m'affirmait qu'elle s'était élevée la veille au soir. Le facies n'était nullement grippé. Quoique disposé *a priori* à partager les craintes de mon confrère, je résolus d'appeler le massage au secours du diagnostic en exerçant une surveillance constante.

La première séance fut encourageante ; une légère détente locale et générale la suivit. A la sixième ou septième l'assouplissement était marqué, sauf en un point qui restait dur et très sensible et auquel on se gardait de toucher pendant le massage. Là existait une tumeur dure contiguë au fond de l'utérus dont un sillon la séparait. Quelques jours plus tard cette tumeur perdait une partie de sa sensibilité et tremblotait. Puis elle se mobilisa et de telle façon qu'on put par de légères vibrations la refouler vers l'hypochondre. Elle *flottait*. Dès lors le diagnostic était fait. Cette malade accoucha trois mois plus tard, c'est-à-dire un peu avant terme, et je fis réduire chaque jour pendant les suites de couches, le rein abaissé et congestionné qui avait fait croire à une appendicite.

Discussion.

M. Championnière, président. — La question des œdèmes périphériques est en effet fort intéressante, car ces œdèmes peuvent se superposer à de la pelvi-péritonite et la masquer. De sorte qu'on peut, si l'œdème vient à disparaître, être conduit par des examens distants de quelques jours à des diagnostics fort différents l'un de l'autre.

Le massage et les mouvements divers peuvent en effet dans les états chroniques pelvi-utérins donner de très bons résultats. M. Championnière cite le cas d'une femme en traitement à Lourcine et à qui l'on devait enlever les deux ovaires. Cette malade s'étant sauvée de l'hôpital avant son opération, se soumit à un entraînement méthodique à bicyclette et devint même une *recordwoman* distinguée ; elle guérit complètement et définitivement grâce à cet entraînement.

L'opération s'impose néanmoins dans certains cas où le massage exige-

rait de trop longs soins incompatibles chez beaucoup de malades plus ou moins indigentes avec les nécessités de la vie. M. Championnière est d'avis comme M. Stapfer, qu'on n'a jamais détruit d'adhérences par le massage.

La méthode de Brandt est sans doute exempte d'accidents entre des mains prudentes et expérimentées ; malheureusement ces conditions ne sont pas toujours réalisées.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 25 mai 1900 en l'hôtel des Sociétés savantes, salle G, à 8 h. 1/2 du soir.

Le Secrétaire général,

Dr Mesnard.

Séance du 25 *mai* 1900.

Présidence de M. J. Lucas-Championnière.

—

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

La correspondance comprend :

Des lettres de MM. Verdier et Marchais s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Une lettre de remerciement du Dr Mencière (de Reims) nommé membre correspondant au cours de la dernière séance.

Mme Godspiegel-Sosnowska, docteur en médecine, est élue à l'unanimité membre titulaire.

COMMUNICATIONS

Traitement kinésique de la syncope,

Par le docteur H. STAPFER.

En présence d'une syncope (nous nous expliquerons tout à l'heure sur la valeur clinique de cette expression), la plus énergique, la plus prompte des thérapeutiques consiste essentiellement dans la manœuvre suivante :

Exécutez quelques frictions circulaires sur la région épigastrique, ou mieux, saisissez, même à travers les vêtements, même dans la station assise, à pleine main, mais *sans violence*, la peau, la sangle

musculaire abdominale et les viscères sous-jacents de la région ombilicale, et exercez deux ou trois malaxations *intermittentes*. Dans bon nombre de cas, peut-être dans la majorité, le syncopé ou la syncopée recouvrent les sens si complètement que même l'inévitable et plus ou moins durable sensation de malaise disparaît.

Des procédés *en apparence* analogues, tels que la flagellation du creux épigastrique, procédé inférieur et même mauvais ou dangereux si la flagellation est brutale ont été empiriquement employés contre la syncope ; mais on n'a pas, que je sache, interprété leur succès,pas plus que la cause de la syncope, et ces deux phénomènes sont excessivement curieux.

Cette sorte de résurrection est expliquée par l'éveil du réflexe dynamogénique cardio-vasculaire que met en jeu le massage abdominal. Il est indispensable d'expliquer en peu de mots ce phénomène peu connu et de légitimer l'expression de réflexe dynamogénique.

Voici donc, en résumé, comment la logique d'abord, les faits cliniques ensuite, puis la physiologie démontrent son existence.

En regardant Brandt opérer le massage, je fus vite convaincu, que les succès ne dépendaient pas uniquement de sa virtuosité. Si l'avantage d'une grande dextérité des doigts ne laissait aucun doute ; si, de temps à autre, je le voyais exécuter quelqu'une de ces manœuvres spéciales qu'on peut appeler tours de maître, le massage consistait essentiellement dans un mouvement monotone qu'il répétait sur tous les ventres, quelle que fût la diversité des cas. Ce mouvement, c'est la friction circulaire intermittente exécutée, non pas à fleur de peau, mais sur les tissus sous-jacents plus ou moins déprimés. A ces frictions s'ajoutent une vibration presque invisible de la main et, dans nombre de cas, un effleurage des parois du bassin exécuté de bas en haut avec l'index introduit dans le rectum.

Un scepticisme assez excusable et la légitime défiance de l'esprit critique me firent expliquer par la suggestion les résultats obtenus, au moyen de manœuvres si simples, mais le même esprit critique m'engageait à réserver mon jugement. Je me bornai donc à constater que ces manœuvres étaient essentielles. Elles constituaient la clef du succès. Sans cela les élèves, souvent très inexpérimentés, de Brandt auraient-ils fait des cures comparables quelquefois à celles du maître ? et ils en faisaient. Lui-même insistait sur la valeur capitale des dites manœuvres et un jour qu'il raillait en ma présence la prétention de certaines gens aux doigts courts et en particulier des fem-

mes à pratiquer sa méthode il ajouta ces mots propres à faire réfléchir sur l'importance secondaire, quoique réelle, de la virtuosité : « Et cependant je connais des femmes aux doigts courts qui sont devenues pour certains médecins de redoutables concurrentes dans l'exercice du massage. »

A mon retour en France, je m'attachai à imiter de mon mieux ces manœuvres légères et inoffensives dont les résultats étaient incompréhensibles pour moi. Je me gardai des tours de maître.

Ma toute première malade était affectée de ce qu'on appelle communément salpingite double. Terrillon avait conseillé avec insistance l'opération d'urgence. Le pelvis était envahi par une volumineuse cellulite subaiguë. L'utérus et les annexes cimentés par l'œdème étaient immobiles. Cette malade se traînait plutôt qu'elle ne marchait. Pour parcourir les huit ou neuf cents mètres qui la séparaient de chez moi elle fut obligée de s'arrêter et de s'asseoir sur tous les bancs publics, et me déclara qu'elle ne reviendrait pas. Elle revint pourtant le lendemain avec la même difficulté, « mais disait-elle, en sortant de chez vous, hier, je me sentais moins lourde ». Quelques jours plus tard, elle ne s'asseyait plus qu'une fois sur le parcours, se sentant plus forte, et, chose curieuse, l'état local n'était pas modifié ou l'était à peine. C'est l'état général qui changeait. Aussi mon scepticisme s'entêta dans l'idée de suggestion.

Il fallut bien cependant revenir de cet entêtement quand j'eus constaté la répétition du même phénomène chez d'autres malades parfaitement incrédules des bienfaits du traitement et, qu'on me passe l'expression, suggestionnées en sens inverse. Je l'abandonnai à plus forte raison, quand je constatai les médiocres résultats du massage chez les hystériques vraies.

Alors comment expliquer ce prompt relèvement des forces, véritable merveille de la méthode, cette sorte de choc en retour du massage abdominal sur l'organisme tout entier : les diverses fonctions récupérées ou accrues, le pouvoir locomoteur excité, l'élévation de température des extrémités habituellement refroidies, l'augmentation des globules rouges démontrée par la différence de coloration des règles avant et après le traitement, la meilleure défense des malades, partant, l'accroissement de la phagocytose démontré par leur résistance aux diverses influences morbides auxquelles le hasard les exposait au cours du traitement et la disparition rapide presque constante du *facies* utérin ?

De pareils résultats cliniques imposaient l'idée d'une *dépendance étroite entre la circulation locale de l'abdomen et la circulation générale*. La libération des vaisseaux engorgés de l'abdomen devait avoir pour contre-coup la régularisation de tout l'appareil vasculaire, du centre à la périphérie. *Le massage du ventre devait exciter un réflexe puissant qui rééduquait les centres vaso-moteurs*. Telle était l'hypothèse. Pour en démontrer la réalité, il fallait prouver le retentissement du massage abdominal sur le cœur et sur les capillaires de l'extrême périphérie. Ayant proposé au Dr Romano, qui m'assistait à cette époque, de l'associer à mes recherches et de faire sa thèse inaugurale sur ce sujet, s'il y avait lieu, Romano appliqua, un tambour de Marey sur la région précordiale, un sphygmographe sur le poignet, avant, pendant et après le massage et enregistra les pulsations cardiaques et radiales. Plus jeune, j'eusse été enthousiaste des résultats obtenus d'emblée ; mais je me défiais de ma science d'apprenti physiologiste. Je trouvais aux graphiques une irrégularité plus qu'étrange. Si légers que fussent nos massages, je les soupçonnai de tranmettre au tambour ou au sphygmographe un ébranlement qui faussait les résultats. Ces soupçons étant justifiés, les graphiques furent jetés au feu.

A ce moment, je commençais à douter fortement, non de l'existence d'un réflexe dynamogénique dont la clinique démontrait la réalité, mais de la possibilité d'une démonstration physiologique de cette existence. J'en doutais d'autant plus que, dans un travail qui fait autorité, le physiologiste Goltz expérimentant précisément sur le ventre des animaux a écrit » : je ne connais pas d'expérience réussissant sûrement au moyen de laquelle on puisse obtenir par voie réflexe une accélération immédiate de l'activité du cœur alors que la vie courante prouve par les phénomènes du pouls la possibilité d'une pareille accélération ». Goltz démontre, en effet, ou plutôt croît démontrer l'existence constante d'un réflexe inhibitoire, c'est-à-dire qui paralyse le cœur. Je dis, croit démontrer, car nos expériences ont prouvé l'inconstance de ce réflexe inhibitoire, même chez les petits animaux qui ont servi à l'exclusion de tout autre, aux recherches du physiologiste allemand. Il suffit d'ailleurs de lire en bon critique les mémoires de Goltz pour y découvrir des contradictions et des confusions qui m'encouragèrent à reprendre ses expériences en usant d'un procédé, *inverse, diamétralement contraire*. Goltz tapotait avec continuité, le ventre des animaux et, je le répète, de petits animaux. C'est un mas-

sage brutal. Nous avons procédé par massages très légers, très courts, intermittents.

Le cœur de l'animal étant à nu, nous avons constaté dans plus de cent expériences, *de visu*, et au moyen d'appareils enregistreurs, l'excitation cardiaque. Sous l'influence du massage abdominal le cœur se contracte, puis il se dilate amplement. Son volume augmente pendant les pauses et après le massage. Le même phénomène se reproduit sur les capillaires des extrémités.

Phénomène constant, sauf exception très rare, constatée chez les seuls batraciens et sur quelques-uns d'entre eux seulement. Ceux-là, au lieu du réflexe dynamogénique, ont le réflexe inhibitoire que Goltz a déclaré constant. Le moindre attouchement paralyse le muscle cardiaque.

Nos expériences ont été faites sur les animaux petits et grands. J'en ai consigné le récit intégral et pour ainsi dire sténographique, fait séance tenante, dans la thèse de Romano (1). Le lecteur peut les suivre et les contrôler comme s'il y assistait. De plus, j'ai tenu à ce que ces expériences fussent dirigées par M. Comte, préparateur des Prof. Marey et F. Franck.

Enfin, ne pouvant mettre à nu le cœur de nos malades, nous avons, sur le conseil du Prof. Marey, exploré la circulation digitale au moyen de sacs pléthysmographiques, de MM. Hallion et Comte, à l'abri des secousses et tremblements qui faussaient les recherches cardiaques directes. Les graphiques ont reproduit les modifications vues sur les animaux. Je me crois donc autorisé à dire que le réflexe dynamogénique du massage abdominal était dès lors physiologiquement démontré.

C'est ce réflexe qui agit contre la syncope, à laquelle je reviens maintenant.

Au cours de nos expériences, après avoir exercé sur le ventre d'un petit animal, non pas un massage léger, mais un massage violent, je fus frappé de voir que le cœur restait petit et comme exsangue. En même temps l'animal devenait flasque. Il était syncopé et, chose curieuse, sans inhibition cardiaque, puisque le cœur, comme je viens de le dire, était contracté. Si, dans ce cas, le massage n'avait pas dépassé une violence relativement modérée, un autre massage plus doux substituait à ce spasme du cœur, un rythme régulier et la syncope disparaissait.

(1) Romano. Thèse inaugurale, Baillère 1895, et Stapfer. Traité de Kinésithérapie gynécologique. Maloine, 1897.

J'en conclus d'abord que, contrairement aux enseignements de l'École, il existe deux formes de syncope, l'une dans laquelle le cœur est dilaté, l'autre dans laquelle il est contracté. Ensuite je constatai conformément aux descriptions de Goltz que sur les petits animaux le tapotement du ventre, violent sans aller jusqu'à l'extravasation sanguine, détermine une parésie des vaisseaux de l'abdomen. Je reproduisis la même parésie sur de grands animaux. Les coups, un massage violent et prolongé, l'exposition des viscères, produisent une parésie qui draîne le sang de l'animal vers l'abdomen, et cause une sorte d'hémorrhagie intra-vasculaire dont les effets sont comparables à ceux d'une hémorrhagie véritable ou extra-vasculaire. J'ai appris l'an dernier que le Prof. Stricker, de Vienne, reproduisait dans un cours qui n'a pas été publié, la parésie vasculaire abdominale vue et décrite, je le répète, par Goltz, et consécutive aux coups portés sur le ventre. Il la qualifiait également d'hémorrhagie intra-vasculaire.

Alors j'instituai les trois expériences suivantes :

1° Saignée à blanc d'un animal. A un moment donné, la syncope se produisit sans que l'inhibition cardiaque existât. Au contraire le cœur se rétractait à mesure qu'il se vidait. J'en conclus que la syncope pouvait aussi bien survenir par rétraction que par inhibition ou paralysie cardiaque. *Il y avait donc deux sortes de syncope ; l'une par l'engorgement, l'autre par olighémie du cœur.*

2° Viscères mis à nu. Parésie par exposition à l'air ou par un fort massage. Les viscères se gorgeaient de sang ; le cœur se rétractait. La syncope se produisait. Si on pratiquait alors le massage léger, les vaisseaux de l'intestin congestionné se contractaient comme si une compresse chaude était appliquée sur eux ; le manomètre remontait, le cœur se remplissait, *l'état syncopal disparaissait.*

3° Viscères à nu. Paralysie par section des splanchniques. Inondation intra-vasculaire. Rétraction du cœur. Impossibilité de le remplir autrement que par le procédé mécanique de l'élévation du train postérieur de l'animal. *Donc l'excitation cardiaque par le massage léger, et la disparition de la syncope étaient dues à un réflexe, le réflexe dynamogénique nié par Goltz.*

De tels faits sont frappants, car tout médecin un peu expert en obstétrique et en gynécologie sait que les syncopes sans hémorrhagie proprement dite sont fréquentes au moment de la délivrance, dans la période prémonitoire des avortements avant l'extravasation sanguine, pendant la grossesse, au début des règles avant l'exsudation sanguine.

De plus, quantité de collapsus de chocs, de syncopes, suivis ou non de mort, surviennent à la suite de contusions du ventre ou au cours de lésions abdominales. Tout dernièrement, le Dr Routier citait, à la Société de chirurgie, l'erreur de diagnostic suivante : une femme atteinte de double pyo-salpinx présente deux collapsus qui font croire à une inondation péritonéale par rupture d'une grossesse extra-utérine. On opère ; pas une goutte de sang extravasé.

Ces accidents sont imputables, ce me semble, à une paralysie vaso-motrice d'un territoire vasculaire de l'abdomen et à la soif passagère, du cœur olighémié qui se rétracte, et du cerveau. D'où syncope ; mais ce n'est pas une syncope par inhibition ; c'est le contraire.

Conformément à ces idées que la simple logique impose, j'ai appliqué souvent au traitement de la syncope par olighémie du cœur la malaxation du paquet viscéral, ou, chez les femmes grosses et dont l'utérus est volumineux la friction circulaire épigastrique et j'ai été frappé comme je le disais au début de cette communication de l'instantanéité des résultats. On renvoie ainsi au cœur et au cerveau le sang qui leur manque.

Il importe seulement, et j'insiste sur ce point en terminant, de distinguer nettement la syncope par olighémie cardiaque de la syncope par inhibition.

Dans la première et dans la seconde le collapsus existe, mais dans la première le pouls petit et dur file en queue de rat, tandis que dans la seconde le pouls est mou et très lent, quand l'arrêt du cœur n'est pas complet.

De plus, dans l'olighémie cardiaque, comme il y a olighémie concomitante de la circulation périphérique, la pâleur des tissus est de règle ; on n'observe jamais de cyanose. D'après nos expériences *physiologiques* la malaxation du paquet viscéral, remède héroïque de la syncope par olighémie cardiaque est inefficace, peut-être dangereuse lorsqu'il y a inhibition cardiaque. Heureusement, la syncope par olighémie cardiaque est, je le crois du moins, beaucoup plus fréquente que la syncope par inhibition.

La Société ne se réunissant pas pendant les mois de juin, juillet, août et septembre, la prochaine séance aura lieu le vendredi 26 octobre.

Le Secrétaire général,
Dr R. MESNARD.

Séance du 26 octobre 1900

Présidence de M. STAPFER.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

M. le Dr Porro (de Monte-Carlo) est élu à l'unanimité membre correspondant étranger.

M. Geoffroy Saint-Hilaire demande à reporter à la prochaine séance sa communication sur le traitement des fistules anales par la kinésie.

COMMUNICATIONS

De l'entorse du genou

Par M. MARCHAIS

Je ne voudrais que dire quelques mots de l'entorse du genou mal soignée et savoir si vous avez fait les mêmes constatations que moi.

L'entorse du genou est en général très mal soignée et rien ne montre mieux l'illogisme existant entre la doctrine médicale, la théorie et la thérapeutique. A l'heure actuelle, il n'est pas un chirurgien qui, théoriquement, n'admette le massage et la mobilisation plus ou moins précoce dans le traitement de cette lésion ; combien y en a-t-il qui, en face d'un cas déterminé, n'immobilisent pas ?

Et c'est pour cela qu'en peu de temps j'ai eu occasion de voir cinq entorses, vieilles de trois, quatre, six, sept mois et deux ans. Ces malades se présentaient avec les mêmes symptômes. Ils marchaient difficilement, la jambe raidie, dans la crainte continuelle de reproduire l'accident primitif. A l'examen, le genou était un peu gros ; la peau épaissie par la série des révulsifs employés ; la synoviale ne semblait pas anormale et contenait un peu d'épanchement. Aucun signe d'arthrite. Les tendons raidis sans empâtement n'étaient pas douloureux. Quant au triceps, l'atrophie était considérable, et m'a semblé être la seule lésion importante.

Aussi, tout en massant l'articulation et les tendons voisins, j'ai fait porter tous mes soins sur le triceps que j'ai attaqué par le massage et la gymnastique. Les résultats que j'ai obtenus m'ont satisfait assez

rapidement, puisque chez le malade dont l'accident remontait à deux ans, la marche était normale après 5 semaines de traitement. J'en déduis les conclusions suivantes :

1) L'entorse du genou, survenant chez un sujet sain, mal soignée, ne détermine, même à très longue échéance, que des lésions d'atrophie musculaire — l'articulation n'a rien.

2) Même après un très long temps, le massage et la gymnastique donnent des résultats rapides.

Je serais très heureux, Messieurs, d'avoir votre opinion sur ces deux affirmations.

Discussion

M. Bloch cite deux observations d'entorse ancienne analogues aux observations citées par M. Marchais.

M. Braland a observé une entorse à la suite de chute à genoux. L'hydarthrose a persisté très longtemps.

M. Marchais. — Il faut bien nous entendre. Lorsque je dis qu'il n'y a pas d'arthrite, je ne veux pas dire qu'il n'y a pas d'épanchement. Je ne considère pas l'hydarthrose comme un signe d'arthrite, en ce cas.

M. Dagron. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Marchais. Une entorse ne donne pas de lésions articulaires. J'ai toujours vu dans ces cas de l'épanchement causant et entretenant une atrophie et entretenu par cette atrophie.

Aussi, je soigne ces malades en m'attaquant surtout au triceps. J'ai l'intention d'ici peu de faire paraître une note sur l'hydarthrose ; je serais presque tenté d'en faire un symptôme de lésion musculaire.

M. Fretin a vu, chez un malade, l'accident être suivi d'une arthrite rhumatismale.

M. Marchais. — L'épanchement a si peu d'importance en regard de l'état du muscle que j'ai soigné pour une luxation de l'épaule un homme de plus de 50 ans qui, un jour, voulut me montrer son genou un peu enflé, me dit-il. Le genou était énorme et contenait bien un demi-litre de liquide. Le triceps était très solide. Le malade, grand chasseur, faisait facilement 30 et 40 kilomètres par jour.

M. Stapfer demande comment la lésion a évolué.

M. Marchais. — Je ne l'ai pas soigné. Cet homme allait bien et j'étais convaincu, à tort ou à raison, que je n'obtiendrais aucun résultat.

M. Fretin a vu Norstrom soigner les hydarthroses en s'attaquant à la synoviale très énergiquement ; il a constaté au moins une guérison.

M. Dagron est très sceptique quant à l'action du massage de l'articulation elle-même, d'autant que certaines hydarthroses, un beau jour, disparaissent spontanément.

M. Braland demande à M. Marchais quelle part il fait à la gymnastique.

M. Marchais estime que la plus grande part doit être faite à la gymnastique musculaire. Après le massage, mobilisation passive et mouvements avec résistance.

Dans la journée, le malade doit faire travailler son muscle. Si l'on obtient cela de lui, la guérison est très rapide.

M. Dagron tend à attribuer à la gymnastique une part tous les jours plus grande au détriment du massage proprement dit.

Le secrétaire des séances,

Dr Marchais.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 30 novembre 1900 en l'hôtel des Sociétés savantes, salle G, à 8 h. 1/2 du soir.

Séance du 30 *novembre* 1900.

Présidence de M. J. L. Championnière.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le docteur Porro, de Monte-Carlo, nommé membre correspondant étranger au cours de la dernière séance ;

2° La lettre suivante de M. le Dr de Crésantignes :

A M. le Président de la Société de Kinésithérapie.

Monsieur le Président,

Je lis le compte rendu de la dernière séance de la Société de kinésithérapie et je crois comprendre que plusieurs membres ont mis en doute l'efficacité du massage de l'articulation dans le traitement de l'hydarthrose.

Peut-être permettra-t-on à un praticien qui exerce la médecine générale, de présenter une observation à ce sujet, votre Société étant, j'en suis bien sûr, ouverte à toute discussion scientifique.

Un de mes clients eut, il y a quelque vingt-cinq ans, un épanchement du genou qui persista de longs mois en dépit de tous les traitements classiques employés par son médecin d'alors, et c'est seulement en s'adressant à un empirique qu'il obtint sa guérison rapide. Or cet empirique ne lui fit que des massages.

Le récit de ce succès n'avait pas été perdu pour moi.

J'eus l'occasion, il y a quelques années, de soigner un précepteur-abbé qui revenait de la campagne porteur d'une hydarthrose assez considérable du genou avec atrophie du triceps. L'épanchement remontait à 3 mois et 1/2 au moins et l'on avait dirigé contre lui teinture d'iode, vésicatoires, pointes de feu, immobilisation, compression, etc., tout cela en pure perte. Je perdis d'abord quelque temps dans des essais analogues sans obtenir davantage que le très bon médecin de campagne auquel je succédais, puis je me décidai à essayer du massage de l'articulation.

Dès le lendemain de la première séance, je constatai une diminution évidente du liquide et chacune des séances qui suivirent marqua une nouvelle étape vers la guérison. Dans l'intervalle, j'appliquais un bandage roulé exerçant de la compression par l'intermédiaire d'une bonne couche d'ouate. Quinze jours suffirent pour faire disparaître les dernières traces de l'épanchement. L'atrophie du triceps fut combattue par l'électricité. Le malade reprit rapidement toutes ses occupations, sans rechute.

A l'époque, relativement assez récente cependant, où j'obtins ce succès, le massage n'avait pas encore obtenu dans l'arsenal thérapeutique le rang qu'il a conquis depuis et son mode d'action n'avait pas été étudié scientifiquement. Je me demandai donc comment il se faisait qu'en malaxant les parties accessibles de la synoviale du genou et l'épanchement intra-articulaire, je provoquais aussi rapidement la diminution d'une hydarthrose déjà ancienne, rebelle à tant d'autres moyens de traitement. Je pensai que la synoviale, capable de résorber rapidement un liquide intra-articulaire lorsqu'elle est normale, devait être privée de cette fonction physiologique, principalement parce qu'elle était tapissée de fausses membranes et de produits fibrineux. Mon massage avait sans doute pour action de désagréger ces exsudats et de *décaper* la surface absorbante de la synoviale. De même, lorsqu'une pluie abondante a formé des flaques d'eau qui ne s'assèchent pas, il suffit d'en gratter le fond pour rendre le sol perméable et voir l'eau disparaître. Cette explication me parut être la bonne.

Je pourrais citer d'autres cas d'hydarthrose du genou guéris par le massage, mais aucun n'est aussi convaincant que le cas ci-dessus rapporté.

Veuillez agréer, etc.

A. de Crésantignes.

Paris, le 26 novembre 1900.

Discussion.

A la suite de la lecture de cette lettre et pour faciliter la discussion, le Secrétaire général relit à la Société la partie du compte rendu de la précédente séance se rapportant à la question. (Voir le précédent numéro, page 247.)

M. Fourrière pense que l'hydarthrose ne doit jamais être abandonnée à elle-même, car elle peut amener une impotence fonctionnelle absolue nécessitant même l'entrée du malade à l'hôpital ; il est partisan du massage de l'articulation jusqu'à disparition complète du liquide, ce qui arrive généralement en trois semaines au plus, ce qui n'empêche pas de pratiquer aussi le massage du triceps.

M. Dagron trouve que la difficulté n'est pas d'obtenir la disparition de l'épanchement, mais d'en éviter le retour, car il a remarqué qu'après le massage de l'articulation, lorsque le malade recommence à marcher, le liquide reparaît très souvent dans l'articulation.

M. Fourrière n'a jamais été frappé de la fréquence de ces récidives et croit en tout cas les éviter en massant à la fois l'articulation et le triceps, de sorte que lorsque le malade se remet sur pied son triceps se trouve en état.

M. Mesnard ne voit pas l'avantage qu'il y aurait, en présence d'une hydarthrose accompagnée d'atrophie du triceps, à masser seulement l'articulation

ou seulement le muscle ; il y a certainement intérêt dans tous les cas à masser à la fois et l'articulation et le muscle.

M. Dagron. Il est convenu qu'il faut laisser de côté toutes les arthrites traumatiques ou autres, toutes les lésions articulaires nettement caractérisées. M. Marchais, dans sa communication, comme nous qui approuvions sa conduite, nous parlait de ces hydarthroses de cause mal définie, le malade ne se rappelant avoir reçu aucun choc, fait aucune chute, avoir ressenti à quelque moment une douleur vive avec impotence de l'article et même état général plus ou moins accentué.

C'est le genou qui attire l'attention du malade à un moment donné : il est gros, douloureux après fatigue, dans certains mouvements, sauts, torsion de la jambe, etc... Or si on fait de la compression, elle fait resorber le liquide, mais celui-ci se reproduit peu de temps après, à la première marche et même dès qu'on retire le pansement compressif. Or c'est dans ces cas essentiellement chroniques qu'on reconnaît que le grand facteur de l'état pathologique est le triceps : il est atrophié, se contracte non seulement avec faiblesse, mais avec irrégularité, à tort, et passant de la parésie à la contracture, il donne au malade à la fois impotence et douleur. J'avais ajouté à la séance précédente que mon avis, en pareils cas, était d'incriminer non pas l'articulation, mais le muscle, que c'était lui la cause première et que la synoviale en changeant de qualité d'absorption et de nutrition subissait sans doute l'influence du muscle voisin.

La déduction toute naturelle s'impose : aider la réparation du muscle, s'attacher à améliorer son éducation musculaire pour qu'il se contracte et se repose à point. Je pense que ce traitement est plus rationnel que celui qui consiste à agir sur les tissus périarticulaires : on pourra d'ailleurs commencer par y exercer quelques pressions, mais leur importance sera loin de celle qu'on donnera à l'intervention musculaire.

M. Championnière, *président*, pense que l'atrophie du triceps est toujours secondaire et de nature réflexe, et croit qu'on aurait tort de négliger l'articulation pour ne s'occuper que du triceps. Quant aux résultats donnés par le massage dans les cas d'hydarthrose, il y a lieu de considérer les variétés fort différentes auxquelles on a affaire, et elles sont nombreuses, ainsi qu'on en a la preuve au cours des arthrotomies.

La discussion étant close, M. le président charge le Secrétaire général de remercier, au nom de la Société, M. le Docteur de Crésantignes de son intéressante communication, qui sera insérée au bulletin de la Société.

COMMUNICATIONS.

Observation relative au traitement des fistules anales par la Kinésithérapie,

par le Docteur GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

En octobre 1898, j'ai eu l'occasion de soigner, pour une fistule anale, M. X., âgé de 60 ans.

Ce malade appartient à une famille d'arthritiques, exerce une pro-

fession sédentaire, est migraineux, dyspeptique, constipé et atteint d'hémorrhoïdes.

En juillet 1898 le malade présentait un volumineux abcès siégeant autour de l'anus. L'abcès fut incisé en province, et on dut faire 2 incisions, l'une large, à 6 centimètres à droite de l'orifice de l'anus, l'autre plus petite à 2 centimètres à gauche. Par ces 2 ouvertures l'abcès put se vider et après 3 semaines de repos et de pansements antiseptiques, le malade reprit son existence habituelle, mais il ne marchait qu'avec peine, s'asseyait très difficilement et devait porter un pansement pour se garantir contre un suintement continuel et abondant qui se produisait par chacune des ouvertures. L'état général était très médiocre ; le malade, amaigri et fatigué, se nourrissait mal, ses digestions étaient lentes et laborieuses.

Je vis le malade pour la première fois au début d'octobre 1898. En examinant avec soin la région périnéale, je pus constater que toute cette région était amaigrie et par place indurée. Les deux ouvertures étaient sanieuses et enduites de liquide visqueux et noirâtre. En pratiquant le toucher rectal et explorant les trajets fistuleux avec une sonde cannelée, je les trouvai borgnes externes ; puis, poussant une injection d'eau tiède dans la fistule de droite je vis le liquide ressortir presque intégralement par celle de gauche. J'en conclus que les deux ouvertures étaient reliées entre elles par un trajet profond que je pus ensuite suivre avec une sonde molle. Il était situé à 5 centimètres environ au-devant de l'orifice anal et était assez superficiel, recouvert seulement par la peau et une couche mince de tissu conjonctif.

Chaque ouverture, en outre de son trajet antérieur qui, en se réunissant, établissait la communication, avait un trajet postérieur ; à droite le stylet pénétrait de 6 à 7 centimètres environ ; ce trajet perpendiculaire à la paroi rectale se dirigeait de dedans en dehors, et d'avant en arrière ; le fond du terrier était donc assez éloigné du rectum et situé au voisinage du muscle fessier.

A gauche le stylet pénétrait moins profondément, 3 à 4 centimètres seulement, mais le fond du terrier était au contact de la paroi rectale.

Le liquide qui s'écoulait par ces deux ouvertures était jaunâtre, sanieux et empesait le linge. Les deux trajets fistuleux ainsi que le pont qui les unissait étaient empâtés, œdématiés et très sensibles à la pression.

Le toucher rectal permettait de sentir un bourrelet d'hémorrhoïdes volumineux que la pression faisait diminuer assez facilement ; la prostate était également perçue, grosse, faisant saillie dans le rectum et gênant le doigt pour pénétrer dans l'ampoule rectale. Le calibre de la dernière partie du rectum se trouvait ainsi sensiblement diminué.

Sur le conseil du Dr Stapfer, j'entrepris de soigner ce malade par la kinésithérapie à l'exclusion de tout autre traitement, mais tout en continuant, naturellement, les soins antiseptiques.

Nous étions persuadés qu'en relevant l'état général du malade, en améliorant et en activant la circulation de toute cette région, en rendant aux muscles périnéaux un peu de vie et de tonicité, nous pourrions faire disparaître ou améliorer la plupart des infirmités dont souffrait notre malade et peut-être arriver à une guérison complète, résultat qui, pour beaucoup, était considéré comme impossible et pour tous comme tout au moins très problématique.

Voici en quoi consistait le traitement que j'appliquai :

1° Mouvements respiratoires passifs.

2° Massage des jambes et des cuisses (roulement des masses musculaires).

3° Mouvements passifs de la jambe et de la cuisse.

4° Massage du ventre et vibrations manuelles sur l'estomac.

5° Vibrations rectales faites avec le vibrateur mécanique.

6° Effleurage des parois rectales avec l'index.

7° Pétrissage entre le pouce et l'index de toute la région périnéale et péri-anale.

8° Mouvements actifs des abducteurs fémoraux (mouvements décongestionnants).

9° Lavage des trajets fistuleux avec une solution de biiodure de mercure à 1 °/₀₀.

10° Pansement.

Nous agissions ainsi, d'abord localement en décongestionnant la région périnéale, en faisant résorber les œdèmes qui infiltraient le tissu conjonctif sous-cutané, en vidant les dilatations hémorrhoïdales et en stimulant les muscles périnéaux, puis nous agissions sur l'état général de notre malade par le massage du ventre, stimulant son estomac et son intestin, facilitant ses selles et excitant le réflexe que le Dr Stapfer a appelé réflexe dynamogénique. Ainsi se trouvait rempli notre but, qui était d'abord de faire disparaître les causes qui

entretenaient le mal, ensuite de mettre l'organisme dans des conditions assez favorables pour qu'il put réparer et combler les trajets fistuleux.

Ce n'est pas sans tâtonnements que nous sommes arrivés à constituer la série de manœuvres que nous venons d'énumérer. Tout d'abord, nous évitions soigneusement de toucher à la fistule, nous bornant à mobiliser et à pétrir les régions voisines. Nous vîmes rapidement que nous n'obtenions ainsi aucun soulagement, la douleur persistait aussi gênante et la marche restait très pénible. C'est devant ce résultat négatif que nous nous décidâmes à agir directement sur les trajets fistuleux œdématiés et indurés. Nous mobilisions toute la région, pétrissant les trajets œdémateux et les tissus environnants, faisant rouler la peau sur les plans profonds et vidant ainsi les trajets fistuleux qui contenaient toujours un peu de liquide. A partir de ce moment l'amélioration fut très notable, et après six semaines de traitement quotidien, la plupart des symptômes morbides avaient disparu. Les dilatations hémorrhoïdales étaient à peine perceptibles, la saillie faite par la prostate dans le rectum avait beaucoup diminué, toute la région périnéale avait retrouvé sa souplesse, les trajets fistuleux n'étaient plus œdématiés, le malade marchait et pouvait s'asseoir librement, l'écoulement des fistules avait beaucoup diminué et au lieu de larges taches, nous ne trouvions plus sur le pansement que de petites taches jaunâtres de la dimension d'une pièce de 20 centimes. Le liquide ne circulait plus aussi librement d'une ouverture à l'autre, la constipation avait disparu, tous les accidents s'étaient en somme très notablement améliorés, il ne restait plus que les deux trajets fistuleux, améliorés eux aussi, leur profondeur ayant beaucoup diminué.

Encouragé par ce résultat, nous avons continué pendant six semaines encore, après lesquelles le malade nous a quitté pour reprendre ses occupations.

Après ces trois mois de traitement le résultat était très satisfaisant, l'intestin fonctionnait bien, plus de gêne aucune; les fistules, très rétrécies, suintaient à peine, le malade avait largement profité du traitement, il mangeait très bien, était devenu « moins frileux », avait engraissé et retrouvé toute son activité.

Bien qu'obligé de suspendre le traitement, nous étions convaincu cependant que l'amélioration obtenue persisterait, et les événements sont venus nous le prouver.

Nous avons revu ce malade en septembre 1899.

L'état général était très bon, aucune gêne n'était revenue, l'intestin, quelquefois un peu capricieux, fonctionnait en général normalement, le suintement était nul, et les 2 terriers très diminués de profondeur, à droite 2 centimètres environ, à gauche 1 et demi ; aucune communication n'existait plus en avant de l'anus.

Au début du mois d'octobre 1900 nous avons encore revu notre malade, c'est-à-dire deux ans après le traitement kinésique suivi. Tout était fini, disait-il, et il se considérait comme guéri, ne trouvant plus trace de ses maux passés. Nous avons examiné la région anale et nous avons trouvé la fistule de gauche complètement comblée et recouverte de peau saine, ayant en tout point l'aspect de tissu cicatriciel. A droite il y a une dépression en doigt de gant ayant environ 1 centimètre de profondeur ; cette dépression est recouverte de peau qui semble normale, bien qu'un peu fine ; sur une des parois nous trouvons un bourgeon charnu ; nous le cautérisons à deux reprises différentes.

Le malade est reparti en province, et il se considère, à juste titre je crois, comme guéri.

Cette observation nous a semblé intéressante à porter à la connaissance de la Société, des cas analogues n'ayant pas encore été publiés, je crois.

Il y aurait peut être intérêt à aider par la kinésithérapie la guérison spontanée des fistules anales, réputée comme infiniment rare.

Tous les cas, évidemment, ne sauraient être soignés par cette méthode ; mais bien souvent, je crois, on en obtiendrait d'excellents résultats, en aidant l'organisme à se réparer lui-même.

Discussion.

M. Dagron. Il s'agit, dans l'observation présentée par M. Geoffroy Saint-Hilaire, d'une nouvelle application dans une région particulière, le périnée, la fosse ischio-rectale des principes de massage et de gymnastique consécutive que nous suivons chaque fois que nous nous trouvons en présence de lésions inflammatoires de toute nature, phlegmons, rhumatisme, brûlure, etc. Il y a dans les premiers temps à agir avec une certaine réserve sur les tissus malades ; c'est ainsi que dans les phlegmons de la main et de l'avant-bras nous conseillons de faire exécuter des mouvements de flexion et d'extension des doigts pour que les tendons ou corps charnus voisins des lésions, grâce à leur mobilisation, servent pour ainsi dire d'appareil de massage. Ces manœuvres sont très utiles aussi pour le drainage des exsudats, et je pense que tous ces exercices seront particulièrement favorables à l'écoulement des liquides des abcès périrectaux.

Plus tard, on agit plus directement sur les régions atteintes, lorsqu'on refait le pansement et on recommande au malade de ne cesser de faire des mouvements qui correspondent à l'action des tendons ou des corps musculaires, voire des jointures qui sont en rapport avec le foyer collecté, avec la région inflammatoire.

Dans l'espèce, la gymnastique des muscles du périnée aura cet avantage de faciliter l'écoulement des liquides et surtout s'il existe une seconde poche abcédée dans la fosse ischio-rectale supérieure au-dessus du releveur de l'anus, puisqu'il a été si souvent remarqué que c'est la persistance de cet abcès supérieur qui était la cause des récidives fréquentes. Si, en cas de phlegmons, on songeait de suite à mobiliser les tissus malades, ainsi que ceux du voisinage, on éviterait bien des impotences consécutives et on hâterait la guérison : cette mobilisation doit être faite dans la mesure des sensations douloureuses éprouvées par le patient. Celui-ci d'ailleurs n'éprouve guère de douleur que dans les deux ou trois jours qui suivent l'incision : peu à peu les mouvements gagnent en étendue et en force. Si le malade n'a eu que son tissu cellulaire atteint, il est guéri sans aucune impotence ; si, dans les cas graves, quelque muscle ou quelque tendon a été sphacélé, il y aura le minimum de raideur et bien souvent quelque muscle adjuvant exécutera déjà le mouvement de l'absent quand on enlèvera le dernier pansement.

M. Championnière, *président*, trouve l'observation de M. Geoffroy Saint-Hilaire fort intéressante et pense que cette nouvelle méthode de traitement pourra rendre des services dans quelques cas, mais il croit, par contre, que certaines variétés de fistules, les fistules nettement tuberculeuses en particulier, s'accommoderaient fort mal d'un pareil traitement.

Traitement mécanique de la Coqueluche

Par le Docteur FRÉTIN.

« Aucune maladie ne peut se flatter d'avoir exercé, autant que la coqueluche, l'ingéniosité thérapeutique. Une liste complète des remèdes appliqués à cette affection équivaudrait, pour ainsi dire, à l'énumération de tous les chapitres d'un traité de matière médicale. » C'est en ces termes que le Dr Legendre, un de nos pédiâtres les plus distingués, s'exprime dans son récent article du Traité de Médecine. Mais quantité n'est point synonyme de qualité, et pour la coqueluche, comme pour bon nombre d'autres affections se vérifie aisément cette proposition, que pour une maladie déterminée le nombre des médications est en raison inverse de leur efficacité.

En réalité, la plupart des praticiens se bornent à faire une sorte de médication symptomatique où les antispasmodiques jouent le premier

rôle ; d'autres, après avoir essuyé quelques déboires avec les nouveautés thérapeutiques, s'en tiennent à des formules d'hygiène générale. Tous sont d'avis que la coqueluche guérit à son heure et que le rôle du médecin doit être de mettre le petit malade dans les meilleures conditions d'hygiène pour hâter l'apparition de la convalescence et en raccourcir la durée ; — autant dire qu'ils s'enferment dans un fatalisme découragé et décourageant.

Et, pourtant, la coqueluche est une maladie terrible, justement redoutée des mères qui demandent anxieusement au médecin la durée probable du fléau. A cette question celui-ci ne peut répondre. Au bout de quatre semaines le plus ordinairement les quintes ont atteint leur acmé : elles n'augmentent plus de nombre, mais peuvent rester stationnaires d'une manière désespérante des semaines et des semaines ; cependant, l'enfant continue à vomir, il s'étiole, il maigrit à vue d'œil, se cachectise durant ces coqueluches prolongées au cours desquelles les vomissements se répètent avec persistance, entravant la réparation physiologique indispensable pour lutter contre des fatigues inhérentes à des accès aussi multiples. A cette cachexie succède quelquefois, trop souvent, surtout à la suite de récidive de la maladie, la tuberculose, la mort.

Quoi de plus pitoyable que notre impuissance ; est-elle aussi complète qu'elle paraît ?

J'ai cru, pendant longtemps (je serais beaucoup moins affirmatif aujourd'hui) que, dans les trois premières semaines, c'est-à-dire pendant la période d'augment, il n'y avait que peu de chose à faire. Mais laissons de côté ces premières semaines, négligeons aussi ces coqueluchettes légères qui disparaissent facilement pour la plus grande joie et le plus grand profit des fabricants de spécialités pharmaceutiques ; nous nous supposerons à la quatrième semaine : les quintes n'augmentent plus, mais sont et restent extraordinairement fréquentes, l'enfant ne dort pas, continue à vomir, et s'étiole rapidement.

Est-il possible d'essayer quelque chose pour modifier cet état qui menace de s'éterniser sans aucun changement ?

Découragé par mes insuccès avec les médicaments, je me demandai au cours d'une petite épidémie de coqueluche que j'eus à soigner au début de 1897 s'il ne serait pas possible d'essayer la gymnastique suédoise, au moins dans ses mouvements respiratoires, et cela, bien entendu, à la quatrième semaine seulement, persuadé toujours qu'au début il n'y avait rien à tenter.

J'avais cru remarquer, en effet, que les coquelucheux respiraient mal, avec une sorte d'appréhension, qu'ils vidaient insuffisamment leur air pulmonaire résidual, en sorte que leur oxygénation se faisait mal. Je me proposai donc : 1° de les faire respirer plus à fond, de manière à activer les échanges nutritifs et à prévenir par là l'étiolement des petits malades ; 2° convaincu que les quintes étaient le résultat d'une sorte d'ataxie respiratoire, je me demandai si, avec des mouvements réguliers et bien coordonnés, je n'arriverais pas, comme Frenkel, à soumettre les muscles tant inspirateurs qu'expirateurs à l'action de la volonté, tout au moins dans une certaine mesure.

J'eus donc à soigner cinq cas en tout : deux enfants de trois ans, un de cinq ans et deux de huit ans environ ; je fis faire à ces enfants surtout des mouvements respiratoires, me bornant aux mouvements passifs pour les petits ; j'ajoutai des mouvements actifs pour les plus grands et aussi quelques mouvements de torsion et de flexion du tronc pour modifier la circulation thoracique. Voici quels furent mes premiers résultats : Dans trois cas le nombre des quintes diminua très sensiblement vers le cinquième jour pour l'un des cas ; vers le septième pour deux autres, les quintes avaient complètement disparu. Les deux autres cas furent moins bons : l'un se rapportait à un enfant qui avait des ganglions bronchiques énormes, l'autre à un petit malade extraordinairement névropathe. Chez ces deux malades, il m'était presqu'impossible de pratiquer des mouvements respiratoires, car dès les premières inspirations, il éclatait des quintes terribles.

Je pensai, me souvenant alors que Stanenberg, à Stockholm, avait obtenu des résultats remarquables dans certains cas de laryngites accompagnés de toux incessante par l'usage du vibrateur de Liedbeck armé de son excitateur trachéal, et convaincu, d'autre part, de l'importance du rôle du système nerveux dans le mécanisme de la production des quintes, des vomissements, etc., je pensai donc à préparer en quelque sorte les petits malades à recevoir leur séance de gymnastique respiratoire, par les pratiques suivantes :

1° Je fais un massage complet de la région cervicale. Je m'efforce d'agir sur le pneumogastrique, les nerfs laryngés, les troncs du sympathique. D'après la méthode d'Arvid Kelgreen, je pratique avec conviction le shaking de la région cervicale, de la base de la langue et de la trachée.

2° Ceci fait, avec le vibrateur de Carlsohn pendant cinq minutes au

moins j'applique une vibration énergique sur toute cette même région cervicale.

3° Alors seulement, et pour terminer, je procède à une série de mouvements respiratoires, passifs, actifs, avec ou sans résistance suivant les cas ; j'y joins un bon nombre de mouvements de la nuque ; enfin, je termine par une série de vibrations manuelles et le tapotement du dos.

Grâce à ce mode opératoire, je n'ai jamais plus observé de phénomènes d'intolérance, et j'ai toujours pu donner ma séance de mouvements, sans voir survenir ces quintes qui m'avaient arrêté au début.

Il serait sans doute facile de faire des hypothèses sur le mode d'action de cette manière de procéder. L'explication physiologique a son intérêt ; mais, quoi qu'il en soit, le fait en lui-même est certain et c'est ce qui importe le plus.

Voici maintenant les résultats que j'ai obtenus. Je regrette que mes chiffres ne soient pas plus nombreux ; mais je dois dire, pour rendre hommage à la vérité, qu'au moins les observations ont été bien prises. J'ai donc eu à soigner neuf coqueluches, se répartissant ainsi : quatre cas au-dessous de trois ans, 4 cas au-dessus de 3 ans, 1 dame de 47 ans chez laquelle les quintes étaient réellement intolérables.

Je crois pouvoir dire que sans exception, sous l'influence du traitement mécanique, il se manifesta chez ces malades une amélioration rapide et évidente qui les conduisit à la guérison dans un temps très court, une semaine en moyenne. C'est surtout chez la dame dont il vient d'être question et dont la coqueluche était si maligne que les symptômes s'amendèrent le plus rapidement : la guérison était complète le sixième jour. Je ne veux pas abuser des moments de la Société en lui rapportant in extenso ces observations que je me réserve de publier prochainement.

Je me résume et je conclus en disant que le traitement mécanique de la coqueluche est de tous ceux que j'ai vu employer celui qui m'a paru donner les meilleurs résultats, si bien qu'actuellement je n'hésiterai pas à l'employer dès le début de la maladie au lieu d'attendre comme autrefois le début de la convalescence. Je puis enfin assurer les praticiens qui voudront imiter mon exemple qu'ils pourront facilement réaliser ce traitement partout, dans toutes les classes de la société, dans tous les milieux et sans l'aide d'appareils spéciaux.

Dans les cas que j'ai eus à traiter, je me suis contenté d'une séance par jour. Il convient, selon moi, de faire cette séance de préférence

vers la fin de l'après-midi. Je conçois d'ailleurs facilement que l'on puisse rencontrer des cas où le malade se trouverait mieux de deux séances quotidiennes, l'une de bonne heure, l'autre comme il a été dit ; mais, en tout état de cause, je reste persuadé que c'est le traitement de choix et le plus susceptible de rapporter aux praticiens reconnaissance, honneur et profit.

Discussion.

M. Stapfer insiste sur l'action particulièrement favorable que semble avoir eu le massage du cou qui permit chez un des enfants dont il vient d'être question de pratiquer des mouvements passifs qui jusque-là, n'étaient pas supportés.

M. Fourrière a eu l'occasion une fois de pratiquer le massage du cou dans l'asthme ; il y joignit un massage des muscles inspirateurs. L'amélioration fut presque immédiate et très notable pendant trois semaines ; malheureusement ce beau résultat ne se maintint pas et la maladie reprit son cours.

M. Mesnard rapporte, à l'appui des résultats obtenus par M. Fretin, l'observation qu'il a pu faire il y a quelques années dans un cas de coqueluche dont il suivit pas à pas toute l'évolution. Il remarqua qu'au moment où l'enfant sentait venir sa quinte, si l'on pratiquait de grandes inspirations, la quinte était souvent évitée. Il semble, d'ailleurs, que la fréquence des quintes soit sous la dépendance de l'accumulation de CO^2 dans le sang et le fait qu'un coquelucheux ne peut guère courir sans provoquer une quinte vient à l'appui de cette opinion. On comprendrait dès lors comment les inspirations passives forcées activant l'hématose peuvent éviter une quinte.

M. Championnière, *président*, pense que, par analogie avec les bons résultats obtenus dans la chorée, les mouvements méthodiques doivent aussi réussir dans la coqueluche à condition que l'effort soit très faible. M. Championnière rappelle, à ce propos, que lui-même put autrefois constater l'utile influence de simples exercices d'équilibre sur quelques cas de coqueluche.

M. Dagron. — Je constate, à l'ocasion de la communication intéressante de notre collègue, M. Fretin, comme nos travaux sont rendus difficiles par le peu de malades que nous observons. Ici c'était une ou deux observations pour témoigner d'une méthode de traitement dans les fistules anales ; là ce sont six cas de coqueluche qui ont servi d'expérimentation à la gymnastique thoracique proposée ou appliquée par M. Fretin. L'importance de la kinésithérapie n'est plus mise en doute : il n'est pas de clinique médicale, de traité de chirurgie, de livre de pathologie générale qui ne signale au chapitre de la thérapeutique que presque toutes les maladies, sinon toutes auront à bénéficier du massage, de la mobilisation, de la gymnastique, et pourtant il semble que les malades nous sont adressés comme à regret. En chirurgie le blessé n'est massé de suite que s'il est entre les mains de quelque rare partisan ardent du massage immédiat ; le plus souvent on met l'appareil, l'éternel appareil inamovible et la mobilisation n'est demandée qu'au secours des raideurs consécutives. En médecine, on n'abandonne ses malades qu'après avoir usé tout l'arsenal thérapeutique ou quand le chro-

nique et son médecin, lassés tous deux de la longue durée d'un mal sans progrès, trouvent dans le massage l'ocasion d'une séparation au moins momentanée. Certains confrères trouvaient ainsi une diversion heureuse à l'arrivée de l'été, en adressant les pauvres incurables aux stations balnéaires.

Notre Société s'est fondée dans le but de faire connaître au monde médical le groupe des spécialistes qui travaillent les questions de cinésie, afin qu'il puisse en attendre l'assistance nécessaire pour développer scientifiquement ses méthodes. Je demande à nos collègues de bien vouloir penser aux moyens à employer pour que nos observations et nos expérimentations soient plus complètes, pour que nos confrères nous adressent les malades qui doivent benéficier de notre spécialité et nous les adressent à temps.

Le Secrétaire général,

Dr René MESNARD.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 28 décembre, à 8 h. 1/2 du soir, en l'Hôtel des Sociétés savantes, salle G.

Séance du 28 *décembre* 1900.

Présidence de M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

Le procès-verbal de la précédente séance est adopté.

Sur la proposition de M. Dagron, la Société décide que lorsqu'il y aura lieu à un vote, le scrutin restera ouvert toute la durée de la séance, et le dépouillement, ainsi que la proclamation du résultat, auront lieu à la fin de la séance.

COMMUNICATION

Nouvelle démonstration de l'utilité de la kinésithérapie pour prévenir les avortements, et pour favoriser la conception et la grossesse.

Par le Dr STAPFER.

Cette année, à la première séance de notre jeune Société, j'avais l'honneur d'appeler l'attention de mes collègues sur les bienfaits de la kinésithérapie au point de vue de l'arrêt des hémorrhagies par congestion utéro-annexielle, dont les méfaits sont innombrables. Je signale les plus courants de ces méfaits : épuisement des vierges (je soigne dans ce moment même une fillette de dix ans prématurément

et surabondamment réglée, dont il y a six mois j'ai guéri la sœur exposée aux mêmes accidents), épuisement des femmes en ménopause; des fibromateuses, des salpingitiques dites hémorrhagiques, des femmes en couches, des nourrices parfois privées soit de la quantité, soit de la qualité de la sécrétion lactée, quand elles ont des menstrues excessives ou trop fréquentes ; enfin, arrêt ou imminence d'arrêt de la grossesse, avortement, s'accompagnant d'hémorrhagie seule, ou de douleurs concomitantes et avortement à répétition pouvant entraîner la stérilité ou des états pathologiques divers dont la conséquence est la même et qui en outre engendrent une vie de misère gynécologique. Tels sont, je le répète, les plus courants des méfaits de la congestion utéro-annexielle contre laquelle il n'existe pas en médecine (je puis le dire très haut après neuf ans d'expérience) de thérapeutique plus efficace que la kinésithérapie.

J'ai actuellement une statistique de succès en ce genre qui touche à la centaine et qui s'élève à trois ou quatre cents, si l'on compte les sujets sur lesquels le même traitement réappliqué à diverses reprises a été chaque fois suivi d'un même succès. Les échecs sont rares, et je ne puis croire aujourd'hui que la chance m'ait particulièrement favorisé, d'abord parce que les succès se sont vraiment trop multipliés entre mes mains, ensuite parce que j'ai presque toujours trouvé la cause des échecs soit dans l'impéritie de l'opérateur, soit dans une altération des tissus et des vaisseaux contre laquelle la kinésithérapie ne prévaut pas ou ne prévaut qu'à la longue.

Je rappelle que les deux puissantes armes dont la kinésithérapie dispose contre les congestions utéro-annexielles consistent dans des mouvements gymnastiques *méthodiques* et, s'ils échouent, dans le massage *également méthodique* joint à ces mouvements.

Bien que l'application de la *méthode*,— même quand la gymnastique seule est employée, — exige dans certains cas de la sagacité et une expérience consommée, il en est d'autres et fort nombreux où la même application peut être faite par le premier venu avec succès. Je dis le premier venu. Aujourd'hui je suis obligé de tempérer le zèle de mères de famille, de maris ou de sœurs qui, ayant éprouvé ou fait éprouver les bienfaits de la gymnastique décongestionnante, voudraient en faire profiter le monde entier.

« Je vous fais concurrence, me disait il y a quelques semaines une de mes clientes. J'ai guéri une de mes femmes de chambre à l'aide des mouvements que vous m'avez enseignés pour arrêter le sang, et dans

ce moment je recule et arrête les règles trop fréquentes et trop abondantes de ma jeune sœur. »

Vous voudrez bien m'excuser d'avoir à l'ouïe de ce propos éprouvé une légitime satisfaction tempérée de mélancolie en pensant que j'avais étudié sur la seule affirmation de Brandt, malgré l'opposition écrite ou verbale d'une foule de médecins plus aptes à dénigrer qu'à observer ou expérimenter, un si simple et si merveilleux traitement, que je le prônais sans beaucoup d'écho dans mon pays et que les plus ardents sectateurs étaient les femmes guéries ou d'habiles exploiteurs, et puis..., quelques rares confrères qui ont bien voulu faire ce que j'ai fait moi-même... essayer.

Quelques semaines après ma communication sur le traitement kinésique des méno et métrorrhagies en général, où dans la même séance (mes souvenirs ne sont pas précis à ce sujet) je vous citais l'observation d'une femme enceinte pour la troisième fois, et chez laquelle j'avais déjà arrêté, lors d'une seconde grossesse, des hémorrhagies graves. Les mêmes hémorrhagies compliquées de rétrodéviation s'étaient reproduites dans les premiers mois de la troisième grossesse et le succès passé nous avait naturellement désignés, la méthode de Brandt et moi, au mari de cette femme, médecin lui-même et médecin connu, pour le traitement de ces accidents à répétition.

La gymnastique seule avait échoué dans le premier comme dans le second traitement. Le massage avait réussi. Je vous annonçais que la grossesse évoluait. Je vous annonce qu'elle s'est terminée par la naissance à terme d'un enfant dont le poids dépassait la moyenne. J'ai constaté à d'autres occasions la belle apparence des nouveau-nés de femmes kinésiquement traitées au cours de la grossesse ; mais je me garde de tirer une conclusion de cause à effet sur ce sujet. Il faudrait pour cela une volumineuse statistique que l'emploi généralisé de la méthode pourra seul donner dans la suite des temps.

Aujourd'hui je vous apporte deux observations dont l'une est la plus démonstrative que j'ai encore vue des bienfaits du traitement kinésique appliqué à la grossesse. Je dis : la plus démonstrative ; j'en ai publié ou cité, ou simplement vu bien d'autres aussi démonstratives; mais j'ai toujours l'espoir d'ouvrir sur ce sujet des yeux obstinément fermés, oubliant qu'il est des gens devant lesquels on accumule les preuves sans autre résultat que d'accroître leur entêtement. Notre président sait mieux que personne à quoi s'en tenir sur cette fermeture systématique de certains esprits, qu'ombrage toute idée nouvelle quand

ils ne l'ont pas, ou qui simplement font de l'opposition pour le plaisir d'en faire.

Un jour, à Baudelocque, ou j'ai commencé l'application systématique du traitement de Brand aux menaces d'avortement, le Pr Pinard vint me demander des explications. Il était justement ému par la découverte d'un œuf humain dans les cabinets fréquentés par les malades de mon service, et par les gens de l'établissement, au besoin même par les notoriétés agrégées. Je n'eus pas de peine à démontrer au Pr Pinard que la personne qui avait signalé la chose était plus avide de potins que de science. Je fus même enchanté du fait, car il démontrait péremptoirement l'excellence de la méthode. Il s'agissait, en effet, d'une femme soignée par M. Geoffroy Saint-Hilaire, si ma mémoire ne me trompe, pour un gros œdème ophoro-salpingien. Elle devint enceinte et on lui commanda de continuer le traitement avec régularité. L'utérus se développait normalement ; il n'y avait pas d'hémorrhagies et la malade ne souffrait plus ou souffrait moins, lorsqu'un jour j'eus l'extrême imprudence de vanter devant elle les bienfaits de la méthode kinésique pour la conservation des grossesses et de la citer en exemple.

Le lendemain elle cessait de venir et renonçait d'elle-même à ce bienfait spécial que la misère peut-être ne lui faisait pas envier.

Trois semaines plus tard elle revenait avec des coliques et une hémorrhagie et avant même d'avoir été examinée expulsait son œuf.

Je cite ce fait parce qu'il vient à l'appui de la thèse scientifique que je défends. Autrement je n'en aurais pas parlé. Qu'une calomnie, consciente ou inconsciente, le mépris de la probité scientifique, ou la simple légèreté se servent d'erreurs d'interprétation pour miner un admirable mais nouveau procédé thérapeutique, c'est ce procédé qui doit se défendre lui-même et non pas la polémique.

L'accumulation des succès qui en médecine surtout sont les juges de dernier ressort assure la victoire au traitement kinésique des congestions utéro-annexielles, et l'abondance des faits permettra de décider dans quels cas il réussit, et dans quels cas il échoue.

Au commencement de cette année je recevais la visite d'une femme que j'avais soignée deux ans auparavant pour une ancienne métro-salpingite suivie d'une stérilité de sept ans.

Elle s'était bien portée depuis cette époque, mais avait eu deux avortements. L'un datant de six mois, l'autre de trois. Depuis le dernier, la misère gynécologique s'était installée.

Grande fut ma stupéfaction ! Ainsi cette malade devenait enceinte après sept ans de stérilité. Malgré mes recommandations de venir au traitement en pareil cas, elle ne revenait pas. Elle avortait et ne venait pas davantage. Bien plus elle redevenait enceinte, ne tenait pas plus compte de mes avis, et avortait une seconde fois.

L'explication de tant d'incurie fut que son accoucheur lui avait dit, en apprenant que je recommandais le massage et la gymnastique pour conserver la grossesse : « Oh ! vous la conserverez bien toute seule en vous ménageant. » Elle s'était ménagée la seconde fois, et quoique n'ayant aucunement souffert, n'avait pu conserver son germe.

Depuis elle souffrait sans cesse, perdait du sang et la plus petite fatigue la mettait sur les dents.

La kinésithérapie fut rapidement maîtresse des pertes et les douleurs s'apaisèrent ; mais la deuxième époque menstruelle manqua et une nouvelle conception s'affirma. Les douleurs se réveillèrent périodiquement et plus d'une fois l'avortement fut éminent. Un accoucheur n'eût pas manqué de mettre cette femme au lit.

Elle est venue chaque jour chez moi jusqu'au cinquième mois révolu. Elle a été traitée par la gymnastique et le massage et finalement a mis au monde un enfant pesant 4 kilogr. On concevra ma satisfaction, car véritablement si jamais femme était exposée à un avortement, c'était celle-là.

J'insiste sur la légèreté de main, la douceur, la brièveté des opérations qui conduisent à de pareils résultats. Ce sont d'ailleurs les fondamentales règles de la kinésithérapie gynécologique. Malgré l'exemple que je citais tout à l'heure, on ne s'improvise pas médecin-gymnaste. Il faut apprendre et commencer par les cas simples. Je dis cela, parce que dernièrement une de mes clientes eut l'idée, pour s'éviter un voyage à Paris, de se mettre entre les mains d'un confrère qui manquait non de bon vouloir, mais d'expérience. Le premier exercice gymnastique fut pratiqué avec une telle énergie que trois semaines plus tard la patiente en conservait des courbatures. Comme elle protestait après ce premier exercice qui fut aussi le dernier, en disant que le traitement ne se pratiquait pas ainsi, le confrère répliqua : je fais ce qu'on doit faire, j'ai vu pratiquer le traitement à l'hôpital : on commence par tirer les bras à tout le monde ; alors je vous tire les bras.

Cette notion était évidemment trop sommaire ; mais on peut apprendre.

Ma dernière observation concerne, non la conservation de la gros-

sesse par la kinésithérapie, mais l'influence de celle-ci sur la conception.

Tous les médecins connaissent les séries ou coïncidences. Hier, au moment où je rédigeais ces notes, j'ai appris qu'une de mes clientes soignée par la kinésithérapie était accouchée à terme, d'un enfant dont le poids dépasse la normale. Cette jeune femme avait 21 ou 22 ans quand je l'ai soignée. Elle sortait des mains du Dr Labadie-Lagrave, qui l'avait traitée pour une urétro-salpingite. Malgré tout, la situation empirait et la malade était réduite à l'impotence à l'époque où j'ai entrepris la cure. On lui avait conseillé l'opération comme seul remède à ses maux. Elle ne serait pas mère pour la seconde fois si elle avait suivi ce conseil.

C'est comme toujours en dernier ressort qu'on pensa à la kinésithérapie. Celle-ci fut d'abord pratiquée en province par un professeur de Faculté, esprit très ouvert aux nouveautés comme celui de l'honorable confrère dont je parlais, tout à l'heure, mais, comme lui aussi, sans expérience et pas assez pénétré des axiomes indispensables : mouvement doux, massage léger, séances brèves. Ne réussissant pas, il m'adressa la malade. J'ai réussi, ce qui ne veut pas dire que j'ai des mains exceptionnelles. Elles sont rompues au métier ; voilà tout. Presque tous les médecins peuvent acquérir les mêmes par l'étude.

Discussion.

M. Bloch cite deux cas analogues.

M. Championnière demande à M. Stapfer quelques détails sur la technique de son traitement.

M. Stapfer explique que son traitement comprend un massage utérin qui doit être très court, quelques mouvements d'abduction fémorale décongestionnants et enfin quelques mouvements respiratoires pour terminer la séance.

M. Championnière croit d'autant mieux à l'utilité du massage et de la kinésithérapie qu'il a remarqué souvent que la bicyclette favorisait l'imprégnation.

M. Frétin. — En zootechnie on sait que les animaux qui prennent de l'exercice sont plus facilement imprégnés. Pour en revenir aux troubles constatés chez les jeunes filles, M. Frétin croit qu'à Paris l'accident le plus fréquent est l'hémorrhagie.

M. Stapfer soigne autant d'aménorrhéiques que d'hémorrhagiques. Il préfère ces dernières, car la gymnastique décongestionnante est bien plus efficace que la congestionnante surtout à la longue.

M. Championnière considère l'aménorrhée comme plus fréquente, et les gynécologues qui se trouvent en face d'hémorrhagies chez les vierges les citent volontiers à cause de leur rareté relative.

Elections.

Renouvellement du Bureau pour 1901.

M. F. Lagrange, vice-président en 1900, passe de droit président en 1901.
Sont élus :

Vice-président : M. Stapfer ;
Secrétaire général : M. Mesnard ;
Trésorier : M. Frétin ;
Secrétaire des séances : M. Bralant.

Le Secrétaire des séances,

Dr Marchais.

La prochaine séance aura lieu le vendredi 25 janvier 1901, à 8 h. 1/2 du soir, en l'Hôtel des Sociétés Savantes, salle G.

Le trésorier rappelle aux membres de la Société que les cotisations sont payables au début de l'année (membres titulaires 20 fr., correspondants nationaux 12 fr).

Les cotisations qui n'auront pas été versées entre ses mains aux séances de janvier ou de février, seront mises en recouvrement fin février.

TABLE DES MATIÈRES

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères.